

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Célia Regina do Nascimento

**Vulnerabilidades e patrimônio
de famílias de crianças desnutridas:
um estudo realizado no Centro de Recuperação
e Educação Nutricional - CREN/SP**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Célia Regina do Nascimento

**Vulnerabilidades e patrimônio
de famílias de crianças desnutridas:
um estudo realizado no Centro de Recuperação
e Educação Nutricional - CREN/SP**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof.a D.ra Mariângela Belfiore Wanderley.

SÃO PAULO
2008

Banca Examinadora:

À minha família
Às minhas amigas de Casa – Companhia hacia el destino

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela Presença concreta através de pessoas e circunstâncias.

A Nossa Senhora que sempre me acompanhou, desde o primeiro dia do mestrado.

Aos meus pais, Ismar e Graça, e aos meus irmãos Cleide, Claudia e Ismarzinho, que sempre me acompanharam de perto ou de longe, mas sempre presentes.

Às minhas amigas, Ana, Ana T., Dalva, Gisela, Gislaine, Isabela, Márcia, Mariângela, Mercedes, Raquel, Regina, Renata, Silvana – pela afeição, pelas orações, pela presença e por testemunharem a Presença.

À Profa. Dra. Mariângela Belfiore Wanderley, companhia fundamental durante todo esse percurso, pela paciência e profissionalismo com que me orientou durante o desenvolvimento dessa dissertação.

Às profas. Regina Maria Marsiglia Giffoni e Carola Carbajal Arregui, por terem prontamente aceitado participar da minha banca e pelas preciosas contribuições dadas na qualificação.

A toda a minha família, às tias Nenzica e Tereza (e todos os outros tios), ao meu cunhado Jorge, aos meus queridos primos, pela presença ainda que discreta de cada um e pelas orações.

Às minhas amigas cariocas, Carol, Lena, Mônica, Pol, Paola, Silvia, pela fundamental ajuda, pela acolhida e companhia.

À Malu e a todos os amigos do CREN, pelo incentivo desde o início do estudo, pela ajuda e amizade que se mantêm.

À Eliane e a todas minhas amigas do Hospital São Paulo, em especial as do meu setor – Dejanira, Marilda I., Marilda M. e Nadjane – que sempre me incentivaram, sobretudo, no período mais exigente.

Aos meus amigos da Escola de Comunidade e Fraternidade do Movimento Comunhão e Libertação, companhia de caminho em direção ao Destino.

Às minhas amigas Rachel, Márcia, Andréa P., Andréa C. e Selma, pela afeição, principalmente durante o período em que eu estava mais ausente.

À minha amiga Evelyn Viriato, que me presenteou com a tradução do resumo.

À CAPES, pela bolsa de estudos.

Às famílias do CREN, pela amizade sincera, pela simplicidade, pela confiança. Quando analisava os dados me lembrava de cada rosto, de cada história.

Obrigada por tudo.

RESUMO

Vulnerabilidades e Patrimônio de famílias de crianças desnutridas: um estudo realizado no CREN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional – São Paulo

É sabido que a desnutrição constitui-se em um importante marcador de pobreza, e que as famílias de crianças desnutridas estão expostas a múltiplos fatores que influenciam a sua qualidade de vida. Este estudo, de tipo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, teve como objetivo analisar a situação de vulnerabilidade e identificar o patrimônio presente nas famílias das crianças desnutridas atendidas no período de 2005 e 2006, em regime de semi-internato, no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), em Vila Mariana, no município de São Paulo. A metodologia utilizada neste estudo possibilitou a sistematização do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no CREN, uma vez que, mediante a avaliação social, com base no questionário realizado pelo Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em parceria com o CREN, permitiu a contínua caracterização das famílias de crianças desnutridas atendidas, levando em consideração as variáveis que as tornam mais vulneráveis, bem como os recursos de que dispõem – o seu patrimônio. Mediante entrevista, foram aplicados questionários de caracterização sócio-econômica junto a 42 famílias atendidas pelo CREN. Os resultados mostraram que as famílias de crianças desnutridas atendidas pelo sistema de semi-internato do CREN eram famílias predominantemente jovens, de baixa renda, possuíam alta proporção de crianças menores de 5 anos e de mulheres chefes de domicílio. Tais características sócio-econômicas e demográficas, além de outras, confirmaram a situação de alta vulnerabilidade social que estas famílias vivenciavam. No entanto, neste mesmo contexto, foi evidenciada: a presença de rede social de apoio, de escolaridade e predomínio de famílias biparentais – características estas que, no presente estudo, são definidas como sendo o *patrimônio* destas famílias. Com esta pesquisa pôde-se perceber que realizar um trabalho social partindo do patrimônio e levando em conta as situações de vulnerabilidade é a forma mais realista de enfrentamento da realidade social.

Palavras-chave: desnutrição infantil; vulnerabilidade social; patrimônio

ABSTRACT

Vulnerability and the asset of undernourished children's families: a study carried on CREN – Centro de Recuperação e Educação Nutricional – São Paulo

It is known that under-nourishment represents an important indicator of poverty, and that families of under-nourished children are exposed to multiple factors that affect their quality of life. This descriptive-exploratory study, with a quantitative and qualitative approach aimed to analyze the situation of vulnerability and identify the asset of the families of children that are part-time assisted by CREN – Centro de Recuperação Nutricional, between 2005 and 2006 in São Paulo – Vila Mariana. The methodology used in this study supported the development of a systematic work in social service at CREN, as the social evaluation based on the questionnaire created by Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, in partnership with CREN, allowed the continuous characterization of the assisted under-nourished children's families. The factors that turn these families more vulnerable and the resources they have - their asset, were taken in consideration. Through interview, questionnaires of social and economic characterization were applied to 42 assisted families at CREN. The results showed that families of under-nourished children part-time assisted by CREN were young, with low income, with a high number of children under 5 years-old, and with women as main breadwinners. The social, economic, and demographic characteristics, among others, confirmed the situation of high social vulnerability that these families experience. However, in the same context, it was noticed the presence of: a supportive social web, education, and predominance of biparental families. These characteristics are here defined as the asset of the families. Through this research, it was seen that when a social work considers the asset and situations of vulnerability in the beginning of the process, it is able to face the social reality in a more realistic way.

Key-words: under-nourished children; social vulnerability; asset.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	13
INTRODUÇÃO	
1.1. O percurso metodológico	18
1.1.1. Cenário da pesquisa	18
1.1.2. Sujeitos da pesquisa	19
1.1.3. Instrumentos	20
1.1.4. Coleta de dados	22
1.1.5. Processamento de dados	23
CAPÍTULO II	25
POBREZA, FAMÍLIA E DESNUTRIÇÃO INFANTIL	
2.1. A pobreza no Brasil	26
2.2. A família como ponto de partida	30
2.3. A família pobre brasileira	33
2.4. Desnutrição infantil – do que estamos falando?	36
2.5. A situação da desnutrição no Brasil	38
2.6. Os fatores de risco associados à desnutrição	44
2.7. O surgimento dos Centros de Recuperação Nutricional (CRNs)	47
2.8. O CREN – Vila Mariana – São Paulo: <i>locus</i> da pesquisa	48
CAPÍTULO III	56
VULNERABILIDADE SOCIAL E PATRIMÔNIO	
3.1. Exclusão social	57
3.2. Vulnerabilidade social	59
3.3. Patrimônio – <i>Ativos sociais</i>	65
CAPÍTULO IV	74
SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	
4.1. Caracterização sócio-demográfica	76
4.2. Trabalho e renda	81
4.3. Situação de moradia e infra-estrutura ambiental	85
4.4. Rede social e informação	89
4.5. Situação de conflito e dependência química	93
4.6. Comparação das famílias estudadas com o IPVS da Subprefeitura de Jabaquara	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	113

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Percentual de crianças desnutridas nos três primeiros levantamentos de estado nutricional de crianças, realizados no Brasil (1974-75, 1989 E 1996)	p. 39
Tabela 1 – Caracterização sócio-demográficas, 2005	p. 76
Tabela 2 – Trabalho e renda, 2005	p. 82
Tabela 3 - Situação de moradia e infra-estrutura ambiental, 2005	p. 85
Tabela 4 – Rede de suporte, 2005	p. 90
Tabela 5 – Situação de conflito e dependência química, 2005	p. 93
Tabela 6 - Comparação da situação das famílias estudadas com os indicadores de vulnerabilidade que compõem o índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS	p. 96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEM	Centro de Estudos da Metrópole
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CREN	Centro de Recuperação e Educação Nutricional
CRN	Centros de Recuperação Nutricional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENDEF	Estudo Nacional da Defesa Familiar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEE	Instituto de Estudos Especiais
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência
NUPENS	Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PAE	Programa de Alimentação Escolar
PAN	Programa de Apoio Nutricional
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PCA	Programa de Complementação Alimentar
PNADs	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PRODEA	Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSA	Programa de Suplementação Alimentar
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAS	Secretaria de Assistência Social,
SIGS	Sistema de Informação e Gestão Social
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
VD	Visita Domiciliar



CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da vulnerabilidade e do patrimônio de famílias em situação de pobreza nasceu de questões enfrentadas em minha realidade profissional.

Trabalhando como assistente social do Centro de Recuperação e Educação Nutricional – CREN, do município de São Paulo, no período de 1998 a 2006, me deparei muitas vezes com famílias que, residindo em favelas na periferia da cidade, viviam expostas às mais diversas situações de vulnerabilidade e de extrema carência. No entanto, sempre me chamava a atenção o fato de que, apesar de toda a carência, existiam recursos humanos e/ou sociais que possibilitavam a estas famílias continuarem seus percursos de vida.

No CREN, o meu trabalho se constituía na atenção às famílias, por entender sua importância no processo de intervenção social, concretizando-se por meio de várias atividades tais como: entrevistas sociais, atendimentos individuais, atendimentos em grupos, visitas domiciliares, fóruns de discussão, oficinas, encaminhamentos a recursos sociais e trabalho com outras entidades. Essas atividades me permitiam conhecer melhor estas famílias e penetrar em seu cotidiano.

Nesses quase 10 anos de trabalho, deparando-me constantemente com crianças com desnutrição moderada e grave que chegavam ao CREN acompanhadas de suas famílias, fui a cada dia me familiarizando mais com o tema da desnutrição infantil.

Sabe-se que a desnutrição infantil é uma síndrome multifatorial, ou seja, é provocada por uma combinação de vários fatores biopsicossociais, tendo como base três componentes principais: a pobreza, os processos infecciosos e a baixa ingestão calórica (OMS, 2002).

Na atual configuração da realidade brasileira, estima-se que 14 milhões de pessoas vivam em situação de pobreza e, conseqüentemente, em situação de insegurança alimentar. Dentre os membros da família, as crianças são as que mais sofrem as conseqüências desta pobreza, sendo um de seus sinais mais terríveis a desnutrição infantil, uma vez que esta pode comprometer toda a trajetória de uma vida.

Partindo do fato de que a desnutrição tem sua origem na desigualdade social e nas condições de pobreza às quais estas pessoas estão expostas, surgiu-me a indagação de qual seria o papel do Assistente Social, enquanto contribuição para o entendimento desta questão e para o enfrentamento da realidade que se apresentava.

Um dos pontos de partida fundamentais para responder a esta inquietação foi a tentativa de compreender quem eram, de fato, aquelas famílias; pois era evidente que viviam numa situação de vulnerabilidade, mas era fundamental aprofundar o conceito não só de suas particularidades, mas também, das características comuns delas e, principalmente, qual o patrimônio que possuíam, porque em um trabalho com pessoas em situação de extrema vulnerabilidade é comum deixar-se dominar por tudo o que aquelas famílias/pessoas não têm, ao invés de identificar os recursos que ainda possuem.

O nosso **objeto** foi, pouco a pouco, tornando-se mais claro, até o definirmos como o estudo das vulnerabilidades e do patrimônio de famílias de crianças desnutridas, a partir da análise do perfil sócio-econômico e das relações sociais das famílias atendidas em regime de semi- internato no Centro de Recuperação e Educação Nutricional - CREN/SP, no período de agosto de 2005 a janeiro de 2006.

O principal questionamento, que constitui o **problema** a ser abordado neste estudo, foi: quais são as situações que tornam as famílias mais vulneráveis e expostas à desnutrição de suas crianças? Se comparadas com a literatura sobre o assunto, as famílias estudadas apresentam aquelas mesmas características? Qual o patrimônio existente nestas famílias que as auxiliam a enfrentar suas vulnerabilidades?

Para tentar responder a este instigante desafio, o trabalho aqui apresentado tem como **objetivo**: identificar e analisar as vulnerabilidades e o patrimônio, a partir da caracterização sócio-econômica, bem como as relações sociais das famílias de crianças atendidas no sistema de semi-internato do CREN - Vila Mariana.

Estudos anteriores, realizados com crianças desnutridas, mostraram que suas famílias estão mais expostas a um conjunto de múltiplos fatores – individuais, familiares, econômicos, políticos e sociais (Solymos, 1995; Ferrari, 1996; Sawaya, 1997; Carvalhaes, 2000) –, que as atinge diretamente, ocasionando a deteriorização de seus direitos, acarretando uma ruptura na proteção/atenção integral que lhe é devida e colocando em perigo – de fato ou potencialmente – o bem estar de seus membros (Soares, 2002).

Neste sentido, a **hipótese** deste estudo é a de que as famílias das crianças desnutridas e neste caso, atendidas em semi-internato pelo CREN, vivem situações de vulnerabilidade social, sendo a desnutrição infantil seu principal indicador. Entretanto, é o patrimônio pessoal e de relações sociais que permitem o prosseguimento de seu percurso de vida, mesmo vivendo em situação de extrema carência e miséria.

O profissional da área social, no seu cotidiano de trabalho com pessoas/famílias que vivem situações tão adversas, muitas vezes percebe apenas as faltas, as ausências, não identificando e/ou valorizando o que existe de positivo ou as potencialidades destas famílias. Experiências de trabalho como as descritas por Novara (2003) têm demonstrado que estruturar a intervenção social a partir do patrimônio das famílias e da comunidade tem

gerado respostas muito positivas, tanto para quem atende quanto para quem é atendido, porque desvela a realidade e ilumina as estratégias de ação, uma vez que são considerados todos os recursos que a pessoa/família possui.

Deste ponto de vista, o presente estudo tem relevância, pois pretende ser um subsídio para a compreensão mais apurada da realidade social em que vivem as famílias das crianças desnutridas moradoras da periferia da cidade de São Paulo.

Institucionalmente, a **relevância**, e conseqüentemente a contribuição deste estudo, se dá em dois níveis:

- primeiro, pela possibilidade de sistematização da atuação do Serviço Social no CREN, que contou com a utilização de um importante instrumento de coleta de dados e avaliação social desenvolvido pelo Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – IEE/PUC, e adaptado à realidade do CREN, num processo de parceria entre as duas instituições.
- Segundo, por permitir a realização da missão da Instituição – que possui também uma preocupação com o ensino e a pesquisa –, na medida em que, ao possibilitar uma melhor e contínua caracterização das famílias de crianças desnutridas, levando em consideração as variáveis que as tornam mais vulneráveis e os recursos de que dispõem – o seu patrimônio –, favorecerá os trabalhos de intervenção nesta realidade, uma vez que o CREN é um centro de referência para tratamento da desnutrição infantil no Brasil e em alguns países da América Latina.

Acreditamos, ainda, que a partir deste estudo, que será possível a realização de futuros trabalhos de intervenção e pesquisa na área social, bem como, o delineamento e a avaliação de estratégias e ações de combate à desnutrição infantil.

1.1. O PERCURSO METODOLÓGICO

Optamos por uma pesquisa do tipo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, que foi realizada com 42 famílias de crianças desnutridas, que freqüentaram o Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN – Vila Mariana), do município de São Paulo.

De acordo com Chizzoti (1991), a pesquisa quantitativa possibilita a mensuração de variáveis preestabelecidas e, mediante a análise da freqüência, da incidência e das correlações estatísticas, permite verificar e explicar a influência de tais variáveis sobre outras.

Desta forma, o método de abordagem quantitativa pode ser aplicado nas seguintes situações: quando há necessidade de um conhecimento mais profundo do problema a ser pesquisado através do estudo exploratório e também quando é necessário um diagnóstico inicial da situação, nos estudos de análise institucional, dentre outros (Figueiredo, 2004).

Já a abordagem qualitativa “fundamenta-se em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos” (Chizzotti, 1991:52).

1.1.1. Cenário da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), localizado em Vila Mariana, na zona sul da cidade de São Paulo, no período de agosto de 2005 a janeiro de 2006.

A descrição do CREN será apresentada no Capítulo II.

1.1.2. Sujeitos da Pesquisa

A população estudada foi composta por famílias de crianças desnutridas, que freqüentaram o semi-internato do CREN - Vila Mariana, no período de agosto de 2005 a janeiro de 2006, totalizando 42 famílias.

As entrevistas foram realizadas na própria instituição, com o responsável, o pai ou a mãe, que acompanhava diariamente a criança.

Em mais de 90% dos casos a pessoa entrevistada foi a mãe biológica ou adotiva¹ e em dois casos com o pai da criança.

A criança e sua família chegam, normalmente, ao CREN através de censos antropométricos (mutirões de pesagem) realizados nas favelas e também por encaminhamentos das UBSs (Unidades Básicas de Saúde) e creches da região e adjacências, sendo a maioria das famílias estudadas provenientes da região do Jabaquara, localizada na zona sul da cidade de São Paulo.

Enquanto característica demográfica, o distrito do Jabaquara possui cerca de 214.199 mil habitantes em uma área de 14,1 Km². Abrange os seguintes bairros: Parque Jabaquara, Vila Guarani, Vila do Encontro, Jardim Oriental, Vila Parque Jabaquara, Vila Santa Catarina, Vila Babilônia, Vila Paulista, Jardim Jabaquara, Cidade Vargas, Vila Faccine e Americanópolis.

Em Jabaquara se concentram 98 das 1570 favelas existentes no município de São Paulo, o equivalente a aproximadamente 6,3%. Chama a atenção, no entanto, por possuir um contraste social muito grande, uma vez que a região possui desde áreas nobres até bolsões de pobreza.

As favelas na região do Jabaquara cresceram vertiginosamente nos últimos 15 anos. Foram construídas em sua maioria próximas aos córregos da região, sem infra-estrutura ambiental, sobretudo no que se refere à rede de esgoto. Uma outra questão muito presente

¹ A adoção não era formal, porém era reconhecida pela criança e por todos os demais membros da família.

nestas favelas é o alto índice de violência urbana, evidente entre as famílias estudadas. Uma grande parte dos entrevistados residia nas favelas da Rua Alba, que recentemente foi considerada uma das mais violentas da cidade de São Paulo.

Optamos por estudar as famílias que possuíam crianças atendidas em regime de semi-internato por dois motivos: primeiro porque eram as crianças que possuíam um quadro de desnutrição energético-protéica mais grave e, segundo, por haver uma maior facilidade no acompanhamento cotidiano destas famílias.

1.1.3. Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário organizado em 14 partes, contendo 117 questões entre abertas e fechadas (Anexo 1). Este instrumento foi desenvolvido pelo Instituto de Estudos Especiais (IEE) da PUC/SP, em parceria com o CREN.

Após a aplicação do questionário, os dados coletados foram digitados no Sistema de Informação e Gestão Social (SIGS-CREN), adaptado exclusivamente para analisar tais informações e no software Epi Info, versão 3.2.

O SIGS foi criado em 1996 a partir de uma pesquisa realizada em parceria entre o IEE/PUC-SP e a Secretaria de Cidadania e Ação Social da Prefeitura Municipal de Santo André, na “perspectiva da articulação de programas, projetos e ações no contexto da gestão social municipal” (Wanderley, 2006).

Trata-se de uma ferramenta informacional elaborada para ser alimentada de forma consistente e sistemática, e é um instrumento que auxilia o monitoramento, avaliação, formulação e reformulação de programas e políticas públicas, possibilitando a sustentação ao planejamento, controle, coordenação e análise da gestão social.

O SIGS permite, através de um conjunto de indicadores conhecer, medir e analisar os impactos de programas sociais na vida das famílias beneficiadas, através das seguintes dimensões analíticas:

DIMENSÃO	VARIÁVEL
Identificação	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do entrevistado • Endereço • Composição familiar
Trabalho e renda	<ul style="list-style-type: none"> • Situação ocupacional e renda das pessoas da família • Recebimento de benefícios
Acesso territorial a serviços sociais / Condições de risco social e pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Escolarização das pessoas da família • Saúde das pessoas da família • Doenças das pessoas da família • Presença de pessoas portadoras de necessidades especiais na família • Presença de alcoolistas e/ou usuários de drogas na família • Presença de idosos dependentes na família
Condições de moradia	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro sobre situação do domicílio e saneamento básico
Participação social	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em atividades sócio educativas, sociais • Rede de apoio social
Auto-estima	<ul style="list-style-type: none"> • Alegrias, medos, desejos e talentos da família

As partir das informações coletadas para esta pesquisa, foram criados os seguintes eixos de análise:

- Informações sócio-demográficas
- Trabalho e renda
- Situação de moradia e infra-estrutura ambiental
- Rede de suporte
- Situação de conflito e dependência química

Foram selecionadas, ainda, as seguintes co-variáveis: Tamanho médio do domicílio (em número de pessoas); responsáveis pelo domicílio alfabetizados (em porcentagem); responsáveis pelo domicílio com ensino fundamental completo (em porcentagem); média de anos de estudo do responsável pelo domicílio; rendimento médio do responsável pelo domicílio (em salários mínimos); responsáveis com renda de até 3 salários mínimos (percentual); responsável com idade entre 10 e 29 anos (percentual); idade média do responsável pelo domicílio (em anos); percentual de mulheres responsáveis pelo domicílio; crianças menores de 5 anos no total de residentes (em porcentagem), para que pudéssemos comparar os resultados encontrados com os dados já existentes sobre população em situação de vulnerabilidade social.

Já as questões qualitativas referem-se a expectativas e desejos e foram analisadas a partir das informações obtidas pelas variáveis: “o que o senhor(a) deseja na vida?”, “o que lhe dá alegria?” e “o que lhe dá medo/insegurança?”

1.1.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2005 a janeiro de 2006, no ambiente do CREN. Este período de coleta dos dados coincidiu com a estratégia utilizada no CREN para realização da entrevista social com os pais/responsáveis pelas crianças ao longo do período de tratamento da mesma, na instituição.

Desta forma, para a aplicação do instrumento de coleta de dados, utilizou-se a técnica da entrevista dirigida, valendo-se da aplicação do questionário.

Segundo Chizzoti (2001), a entrevista dirigida se dá através da comunicação entre um pesquisador que pretende coletar informações sobre um determinado fenômeno e indivíduos que tenham essas informações. As informações colhidas sobre fatos e opiniões devem

constituir-se em indicadores de variáveis que se pretende explicar com o estudo, tratando-se portanto de um diálogo preparado com objetivos definidos e uma estratégia de trabalho.

O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 40 minutos e foi realizada em uma sala que permitiu a privacidade da relação entre o pesquisador e o entrevistado.

1.1.5. Processamento dos dados

Após a revisão e a codificação das questões, as informações foram digitadas no sistema SIGS e no software EPI Info, o que possibilitou o armazenamento e a tabulação dos dados.

A opção pela organização do banco de dados no software Epi Info deu-se pela facilidade para realizar as posteriores análises estatísticas dos dados.

Para a apresentação da análise dos resultados foram elaboradas tabelas das variáveis acima descritas. Já para a análise das vulnerabilidades, utilizamos como parâmetro de comparação os dados obtidos da população estudada com dados do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social da Subprefeitura do Jabaquara (Anexo 2), e de estudos realizados com população em situação de vulnerabilidade social e com famílias de crianças desnutridas.

Estruturamos esta dissertação em quatro capítulos: inicialmente, contextualizamos a questão da pobreza, das famílias pobres, o tema da desnutrição infantil e dos Centros de Recuperação Nutricional, entendidos como uma das estratégias de apoio a estas famílias no combate à desnutrição infantil. Em seguida, abordamos os conceitos de vulnerabilidade social e de patrimônio. Identificamos, na bibliografia pesquisada, que o tema da vulnerabilidade vem sendo bastante abordado nas ciências sociais nos últimos anos; no entanto, o patrimônio é um conceito recente na literatura brasileira, tendo sido necessário buscar subsídios em autores latino-americanos. No penúltimo capítulo, discutimos os resultados obtidos na pesquisa, à luz dos referenciais teóricos. Para, finalmente, apresentarmos as considerações finais, onde

buscamos atender ao objetivo proposto no estudo. Por fim, seguem-se as Referências bibliográficas utilizadas, bem como os Anexos citados no texto.



CAPÍTULO II

POBREZA, FAMÍLIA E DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Neste capítulo trataremos das temáticas da pobreza, família e desnutrição infantil, explicitando os principais conceitos e como se apresentam na realidade brasileira.

2.1. A POBREZA NO BRASIL

Falar de pobreza não é apenas falar da etimologia de uma palavra, mas significa trazer à tona a experiência de privação, de dor e insegurança vivida por bilhões de pessoas em todo o mundo.

Por se tratar de um tema complexo, é difícil se chegar a um conceito do que é ser pobre, uma vez que a pobreza não é um fenômeno natural e nem conjuntural, mas estrutural, é social e histórico, e se refere a contextos específicos – nacional, regional, local (Wanderley, 2007).

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), são pobres as pessoas que não suprem suas necessidades humanas elementares como comida, moradia, vestuário, educação e cuidados de saúde, tendo como parâmetro a insuficiência de renda (IBGE, 2002).

Lavinias (2003) define a pobreza como

um estado de carência, de privação, que pode colocar em risco a própria condição humana. Ser pobre é ter, portanto, sua humanidade ameaçada, seja

por não ver respondidas suas necessidades básicas, ou pela incapacidade de se mobilizar em prol da satisfação de tais necessidades (p.7).

Já a Organização das Nações Unidas (ONU) define pobreza como uma condição humana, caracterizada pela privação persistente ou crônica de recursos, capacidades, escolhas, segurança e poder necessários para um padrão adequado de vida e para a obtenção de direitos civis, culturais, econômicos políticos e sociais. A pessoa fica privada de bens e serviços básicos, e tem acessos deficitários ao descanso, à recreação e à proteção contra violência e conflitos (ONU, 1996 apud UNICEF, 2005).

Por muito tempo, houve uma forte tendência em definir a pobreza partindo apenas da insuficiência de renda que garantisse à pessoa um determinado padrão social. No final da década de 1990, muitos especialistas reconheceram que para que a pessoa chegue ou mantenha um patamar de renda mínimo que lhe possibilite não apenas a sobrevivência, mas o seu bem estar, necessita que lhe seja garantido o acesso a serviços de saúde, educação, trabalho, informações e condições adequadas de moradia, agregados a valores como desenvolvimento humano, liberdade, oportunidades e autonomia.

Quanto aos números, de acordo com o IPEA (2006), existia no Brasil, em 2004, cerca de 19,8 milhões de pessoas que viviam em situação de indigência (extrema pobreza), ou seja, com uma renda familiar menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo *per capita*, este número equivalia a 11,3% da população brasileira. No que se refere ao número de pobres, considerados aqueles com rendimentos entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*, em 2004 eles eram 52,5 milhões o equivalente a 30,1% da população.

As prevalências regionais da pobreza também apresentam variações importantes. Existe uma maior concentração da pobreza entre as populações rurais em comparação com as populações urbanas, e nas regiões Norte e Nordeste frente às demais, ou seja, a população mais pobre vive nas áreas rurais do Nordeste (Sawaya e cols., 2003; Monteiro, 2003; IPEA, 2007).

No entanto, os dados mostram também que existe, em número absoluto, maior concentração de pobres nas áreas urbanas. Cerca de 80% da população brasileira reside em zonas urbanas, demonstrando que a pobreza na sociedade contemporânea apresenta características próprias de uma pobreza urbana, como o desemprego, as condições precárias de moradia, a violência etc. (Sawaya e cols., 2003; Lavinias, 2003).

O investimento do governo brasileiro em programas “para os pobres” existe há muitos anos. Já na Primeira Era Vargas (1930-1945) falava-se na criação de políticas públicas para enfrentar a situação de pobreza que emergia no cenário social.

No entanto, segundo Sawaya e cols. (2003), dados do Banco Mundial de 1996 e 2001 apontam que, no Brasil

não existe até hoje uma política global, coordenada e efetiva de combate à pobreza. Apesar disso, o país, segundo vários estudiosos, gasta uma quantidade grande de recursos em projetos sociais, mal formados e ineficientes. Portanto, para promover uma ação global, efetiva e duradoura do combate à pobreza no Brasil, é necessário que se observe e se conheça detalhadamente a situação de vida, saúde e nutrição do “Brasil pobre” (p. 21).

O estudo realizado pelo IPEA, em 1999, que teve repercussão mundial ao revelar que “o Brasil não é um país pobre, mas um país de pobres”, explicitou claramente que a pobreza brasileira está associada a uma desigual e perversa distribuição de renda e contribuiu para provocação da necessidade de uma mudança no cenário social brasileiro.

Um estudo realizado em 2006, por outro lado, revelou que houve uma melhora relativamente positiva nos cinco anos subseqüentes, provocando inclusive uma mudança no padrão social do brasileiro, com o incremento da classe C e diminuição das classes D e E (IPEA, 2006).

Sen (2000) propõe que, ao se pensar em política para os “persistentemente destituídos”, é importante criar oportunidades onde estas pessoas possam escolher o tipo de vida que gostariam de ter. Este autor refere ainda que os

fatores econômicos e sociais, como educação básica, serviços elementares de saúde e emprego seguro são importantes não apenas por si mesmos, mas também pelo papel que podem desempenhar ao dar às pessoas a oportunidade de enfrentar o mundo com coragem e liberdade (p. 82).

A principal estratégia utilizada pelo governo brasileiro para o enfrentamento desta problemática seguiu a tendência de países europeus, através da criação, nos anos 1990, dos programas de Transferência de Renda, sendo o mais conhecido o Programa Renda Mínima², que no governo atual foi rebatizado de Programa Bolsa Família.

Os dados do IPEA (2006) revelaram que os programas de Transferência de Renda como o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), associados à melhora na economia brasileira, que favoreceu o aumento de oferta no mercado de trabalho, possibilitou que um número importante de famílias saíssem da indigência, mas não permitiu que saíssem da pobreza (IPEA, 2006).

Neste sentido, apesar da mudança de concepção e direção das políticas voltadas para o combate a pobreza, sobretudo com a instituição da LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social, que estabeleceu uma nova matriz para a assistência social brasileira (Yasbeck, 2006) estas políticas ainda estão apoiadas apenas nas questões econômicas, fazendo-se necessária e urgente a articulação com outras políticas (sobretudo de saúde e de educação), a fim de que

² Consistem na complementação mensal do rendimento familiar e beneficia, em geral, famílias com renda *per capita* inferior a 1/2 salário mínimo e com filhos na faixa etária de 0 a 15 anos de idade, sendo que os filhos com idade entre 7 e 15 anos devem estar matriculados e freqüentando a escola.

estas mudanças já sinalizadas com o incremento econômico possam ser consolidadas nesta geração e garantidas nas gerações futuras.

2.2. A FAMÍLIA COMO PONTO DE PARTIDA

A sociedade moderna e contemporânea vem sendo marcada por diversas mudanças, sobretudo no âmbito da economia, da política, da cultura e da tecnologia. O efeito destas mudanças vem produzindo repercussões significativas na vida familiar (Petrini, 2005).

Tais mudanças, definidas por vários autores como “rápidas e vertiginosas”, se iniciaram a partir de meados do séc. XVIII com a revolução industrial marcada, sobretudo, com a entrada massiva da mulher no mercado de trabalho, tendo seu ápice na década de 1960 com o advento da pílula contraceptiva, provocando uma mudança na concepção da sexualidade, a redução da fecundidade, a diminuição do tamanho médio das famílias e uma variedade de “arranjos familiares” (Vignoli, 2007).

Na década de 1990, nota-se a forte presença da família no desenho das políticas sociais. A partir da Constituição Federal do Brasil de 1988, que no artigo 226 declara que a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado, seguida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Estatuto do Idoso e a LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social), reconheceu-se a importância da família na vida social do indivíduo (Brasil, 1990, 1993 e 2002). Os programas sociais de combate à pobreza a elegeram como objeto de intervenção, e os especialistas das mais diversas áreas têm reconhecido sua importância para a formação da pessoa e da sociedade.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em suas diretrizes aponta a família como centralidade para concepção e implementação de benefícios, serviços, programas e projetos sociais (Brasil, 2004). No entanto, para que possa desenvolver o papel que lhe compete, de proteção, promoção e prevenção à família, é preciso que lhe sejam garantidas

certas condições. Entretanto, o Brasil tem sido marcado historicamente pela precariedade no sistema de proteção social.

Para entender o papel da família na sociedade contemporânea buscamos conhecer as diversas concepções de família. Tomando como base os estudos de Scabini (1990), pode-se entender a família como *“uma organização complexa de relações de parentesco, que tem uma história e cria uma história”* (p. 1) Isto significa que toda família tem sempre um passado, um presente e uma perspectiva de vida futura, ou seja, de um lado constrói sua particularidade, seu elemento de diferenciação e, do outro, a partir de sua experiência vivida, de sua história, estabelece relacionamentos com o ambiente social, modificando-se e modificando-o em alguma medida. A família produz, organiza, dá forma e significado às relações entre seus membros, sendo esta sua habilidade e competência. Para Vitale (2002),

a família não é o único canal pelo qual se pode tratar a questão da socialização, mas é sem dúvida, um âmbito privilegiado, uma vez que este tende a ser o primeiro grupo responsável pela tarefa socializadora. A família constitui uma das mediações entre o homem e a sociedade (p. 90).

Constitui, ainda, um recurso para a pessoa nos mais diversos aspectos de sua existência, verificando-se, no âmbito familiar, experiências humanas básicas que perduram no tempo, independentemente da vontade das pessoas envolvidas, tais como a paternidade, a maternidade, a filiação, a fraternidade, a relação entre gerações e seu impacto na descoberta do nexos com a geração da vida e com a realidade da morte (Petrini, 2005).

A família pode ser entendida, também, como um grupo social concreto através do qual se realizam os vínculos de consangüinidade, descendência, afinidade e aliança. O desejo de amar e ser amado, de ser feliz e dar felicidade, de garantir a proteção e o sustento dos membros familiares são intrínsecos a todo ser humano. De acordo com Fonseca (2003), *“o*

que constitui realmente a família são as relações de reciprocidade e mutualidade das quais ocorrem os direitos e obrigações” (p. 13).

Falar de família, portanto, não é falar de algo genérico ou abstrato, mas é falar de relações e relacionamentos que têm suas particularidades, situados num determinado tempo e espaço. Court (2005), a este respeito, menciona que

a família representa para a vida social e pessoal uma experiência única de sociabilidade humana, não comparável com nenhuma outra forma de vida institucional. Não apresenta uma realidade distinta das pessoas que a configuram. Pode-se afirmar, de certo modo, que não se deve mencionar “a” família, em geral, mas cada família em particular. Entretanto, se falamos da pessoa e da família genericamente é para descrever essa experiência humana, simultaneamente universal e pessoal, pela qual compreendemos a condição racional do ser humano (p. 27).

A família, sendo o lugar privilegiado de proteção e de pertencimento, “*não perdeu o que lhe é essencial: suas possibilidades de proteção, socialização e criação de vínculos relacionais*” (Carvalho, 2002, p. 19).

A família contemporânea se caracteriza pela variedade de configurações fugindo dos modelos anteriormente estabelecidos. Famílias chefiadas por mulheres, monoparentais, avós criando netos, filhos de diferentes pais vivendo no mesmo agrupamento familiar, dentre outros, são “arranjos” que têm sido cada vez mais comuns em nossa sociedade.

2.3. A FAMÍLIA POBRE BRASILEIRA

A família pobre tem se tornado, nas últimas décadas, objeto de estudo e de reflexão de pesquisadores das mais diversas áreas, sobretudo das Ciências Sociais e Humanas, além de ser objeto de intervenção de políticas públicas.

Os pobres começaram a chamar a atenção a partir da década de 1950, em função das mudanças sócio-culturais ocorrida na época, ocasionadas, a princípio, pelo desenvolvimento industrial e, posteriormente, pelo intenso processo de migração das zonas rurais para as urbanas e das regiões Norte e Nordeste para o Sudeste.

As primeiras informações sobre pobreza, a partir dos anos de 1960, carregavam uma tendência em definir os pobres a partir de uma negatividade. Sendo considerados culpados por sua pobreza, eram habitualmente denominados “vadios”, “favelados”, “marginais”, “subempregados”, “população de baixa renda” e “morador da periferia” (Sarti, 1996). As políticas sociais voltadas para o pobre tinham caráter assistencialista e tutelador, não garantindo a real possibilidade de uma emancipação e autonomia pessoal e social.

O empobrecimento vivido pela família trouxe também mudanças significativas no contexto familiar, provocando novos desafios e dificuldades para o exercício de suas funções primordiais de proteção, de pertencimento, de construção de afetos, educação e socialização (Batista, 2001 apud Losaco, 2003).

Neste novo contexto, o papel da mulher na sociedade, principalmente a partir de seu ingresso no mercado de trabalho, foi o que mais sofreu influências e alterações. Se, por um lado, possibilitou sua emancipação e maior expressão e participação social, no âmbito privado, ocorreu uma ampliação em suas atribuições e responsabilidades, em especial no que se refere ao cuidado com a casa e a família. A mulher, assumindo uma dupla jornada de trabalho, e muitas vezes o papel de mantenedora da família, passou a enfrentar dificuldades

para garantir a unidade e a proteção familiar, acarretando uma maior vulnerabilidade familiar tanto financeira quanto social (Guimarães & Almeida, 2003), como exemplifica Sarti (1996):

Cumprir o papel masculino de provedor não configura, de fato, um problema para a mulher, acostumada a trabalhar, sobretudo quando tem “precisão”; para ela, o problema está em manter a dimensão do respeito, conferida pela presença masculina (p. 46).

No âmbito emocional, observou-se uma fragilização dos vínculos afetivos, principalmente entre os casais. As famílias passaram a enfrentar com mais dificuldade e menos tolerância as crises dos ciclos de desenvolvimento do grupo doméstico – sobretudo a fase de criação dos filhos – provocando alterações frequentes nos lares.

Além disso, o desemprego, originado pela falta de qualificação profissional, a presença de alcoolismo e da drogadicção, foram se tornando fatores crônicos nas famílias, provocando um círculo vicioso característico da pobreza. Sarti (1996), comenta que o indivíduo fracassado

[...] tem no alcoolismo o desafio a seu alcance, e ela se frustra por não poder ter o homem e a situação esperados [...]. Diante dele, que socialmente tem sobre ela uma autoridade que não se justifica a seus olhos, ela exhibe sua disposição de se virar, de não precisar dele, como uma vingança, reiterando o fracasso dele e a frustração de ambos (p. 50).

E esta mesma autora ainda menciona que

[...] a literatura sobre famílias pobres no Brasil confirma a possibilidade de se estabelecer uma relação entre as condições sócio-econômicas e a

estabilidade familiar [...], mostra uma relação entre pobreza e chefia feminina, isto significa dizer que as famílias desfeitas são mais pobres e, num círculo vicioso, as famílias mais pobres desfazem-se mais facilmente (Sarti, 1996:45).

A família pobre dentro desse contexto criou estratégias para garantir sua sobrevivência. A principal característica deste novo “modelo de família” é a de constituir-se como uma rede de solidariedade, sendo pertencentes à família aqueles com quem se pode contar e em quem se pode confiar, com ramificações que envolvem desde a rede de parentesco até os conterrâneos (Sarti, 1996; Carvalho, 2004). O fato de manterem-se unidos se dá pela importância dos laços afetivos e também por questões de sobrevivência. Segundo Carvalho (2004),

a solidariedade parental é expressa cotidianamente através de empréstimos para pagar uma prestação, uma conta de luz, alguém que tome conta das crianças [...](p. 97).

Sua importância é central, pois confere aos seus membros a identidade social e, se há vulnerabilidade de seus membros, implica o enfraquecimento do grupo como um todo (Sarti, 1996).

Para o pobre, portanto, a família ultrapassa os limites da casa, envolvendo uma rede mais ampla, classificada por Carvalho (2004:96) como:

- solidariedade conterrânea e parental: grupo familiar extenso, agregado de parentes ou conterrâneos;
- solidariedade apadrinhada: pessoas da classe média/alta que lhes assegurem doações (como roupas, remédios, eletrodomésticos, etc);

- solidariedade missionária: ações das Igrejas, que estão presentes no cotidiano das famílias e das comunidades.

A estes tipos podemos acrescentar, ainda, a solidariedade comunitária, que pode ser entendida como aquele que se dá no âmbito dos grupos e das associações locais, das entidades filantrópicas que oferecem diferentes apoios.

Cada família possui uma rede de relacionamentos, podendo ser extensa ou não, uma vez que mais importante do que o número de membros presentes numa rede, é sua capacidade para dar sustentação. Só assim a família terá possibilidade de enfrentar as situações de crise, mesmo as mais prolongadas, com menos danos do que uma família que esteja sozinha ou tenha uma rede social frágil. Desta forma, através de uma rede de solidariedade, é possível avaliar as formas de enfrentamento das famílias que, ao vivenciar a condição da pobreza, convivem com vários agravos, dentre estes a desnutrição infantil.

2.4. DESNUTRIÇÃO INFANTIL – DO QUE ESTAMOS FALANDO?

A desnutrição infantil é uma doença social, pois afeta milhares de crianças no mundo inteiro, vítimas da fome e da desigualdade social.

Segundo a OMS, a desnutrição energético-protéica é definida por uma gama de condições patológicas que aparecem por deficiência de aporte, transporte ou utilização de nutrientes (principalmente de energia e proteínas) pelas células do organismo, associadas quase sempre a infecções, ocorrendo com maior frequência em lactentes e pré-escolares (Brasil, 1991 apud Sawaya, 1997).

O conceito de deficiência, neste caso, deve ser entendido como quantidade insuficiente de alimentação, levando o organismo da pessoa que a recebe também a um “estado de deficiência” (Waterlow, 1996).

Os primeiros relatos científicos sobre crianças com doença nutricional foram feitos em 1865, no México. Entre 1890 e 1910 encontraram-se registros na Alemanha, na Inglaterra e na França. Nas décadas de 1920 e 1930 outras descrições surgiram na América Latina, na África Central e na China. Até que, em 1933, uma médica inglesa publicou um artigo sobre as características clínicas da doença nutricional encontrada em crianças africanas e, em 1935, denominou-a de *kwashiorkor*³ (Waterlow, 1996; Sawaya, 1997). Esta síndrome provocada por uma deficiência de proteínas causava alterações metabólicas no organismo da pessoa e atingia, principalmente, crianças com até 4 anos de idade. De acordo com Sawaya e cols. (1997),

[...] consistia num edema, principalmente nas mãos e pés, acompanhada por perda de peso, diarreia, irritabilidade, feridas especialmente nas mucosas e descamação de áreas cutâneas (p. 19).

Em 1957, a OMS substituiu o termo *kwashiorkor* por “desnutrição protéica” e, com o aprofundamento dos estudos científicos, em 1959, este termo foi substituído por “desnutrição protéico-calórica”.

Um estudo posterior, realizado em 1974, demonstrou que o *kwashiorkor*, ou desnutrição protéica, atingia uma pequena parcela da população infantil mundial e que o maior problema nutricional seria por deficiência de alimentos, de energia, portanto, uma desnutrição energética do tipo marasmática, que estaria relacionada a um processo de fome aguda (Sawaya, 1997).

A partir do pós-guerra, observou-se que as formas descritas de desnutrição como *kwashiorkor* e marasmo estavam presentes também entre os adultos e observou-se também

³ Termo que significa, na língua de uma tribo africana da Costa do Marfim, “doença que o filho mais velho pega quando o bebê seguinte nasce”.

que elas tinham íntima relação com os baixos níveis sócio-econômicos, uma vez que apareciam em todos os lugares onde existia pobreza, privação e alimentação insuficiente (Waterlow, 1996; Ferrari, 1996).

A compreensão da desnutrição aconteceu de forma gradativa e, atualmente, sabe-se que está apoiada em um tripé, tendo como causas principais:

- **pobreza:** baixa renda, dificuldade de acessar serviços, ambiente inóspito;
- **infecções de repetição:** que podem levar a uma redução de apetite, o que afeta a absorção dos alimentos e acelera o trânsito intestinal; e
- **baixa ingestão calórica:** causada por pouca oferta de alimentos, que pode provocar inapetência e hábitos alimentares inadequados. (Victora, 1996 apud Ferrari, 1996; Sawaya, 1997).

2.5. A SITUAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO NO BRASIL

Os dados sobre desnutrição infantil são recentes e, até o momento, foram realizados apenas quatro levantamentos que trouxeram informações sobre a situação no Brasil. O primeiro levantamento foi o Estudo Nacional da Defesa Familiar (ENDEF) realizado nos anos de 1974 e 1975; o segundo foi realizado em 1989 – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN); o terceiro em 1996 – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) (Sawaya, 1997). O mais recente levantamento sobre a situação nutricional das crianças brasileiras foi realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), utilizando como amostra apenas uma parte do país, a região do Semi-árido brasileiro (IPEA, 2006).

Vale ressaltar que os dois primeiros estudos tiveram abrangência nacional e permitiram comparações entre todas as regiões do país. Já o levantamento da PNDS foi desenhado para obter apenas resultados representativos e estimativas independentes das regiões de abrangência

da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNADs) – Rio de Janeiro, São Paulo, Sul, Centro-Leste, Nordeste, Norte (áreas urbanas) e Centro-Oeste (Vieira, 2001).

Quadro 1 – Percentual de crianças desnutridas nos três primeiros levantamentos de estado nutricional de crianças, realizados no Brasil (1974-75, 1989 e 1996).

Ano	1974	1989	1996
Estado nutricional			
Baixo peso para a idade	18,4%	7,0%	5,7%
Baixa estatura para a idade (desnutrição crônica)	32,0%	15,4%	10,5%
Baixo peso para a estatura (desnutrição aguda)	5,0%	2,0%	2,3%

Fontes: Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), 1974/1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), 1989; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), 1996.

Os dados mais recentes, coletados no semi-árido, revelaram que a porcentagem de crianças com baixa estatura para a idade caiu de 10,5%, em 1996, para 3,6%, em 2004, no primeiro ano de vida, e de 19,8% para 7,7%, no segundo ano de vida, no mesmo período (UNICEF, 2006).

Abrindo um parêntese, para verificar a situação em São Paulo, observa-se que, seguindo a tendência brasileira, também houve uma queda nos últimos 5 anos. Em 1999 o número de crianças desnutridas na cidade de São Paulo era de 4,3% e, em 2005, este número

caiu para 1,1%. Os levantamentos realizados mostraram uma diminuição nos índices da desnutrição infantil; no entanto, apesar desta “melhora”, a situação ainda exige atenção.

Estudos recentes têm mostrado a relação entre desnutrição no período inicial do desenvolvimento, principalmente na etapa de crescimento fetal e o desenvolvimento ao longo da vida de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e enfermidades cardiovasculares, além de obesidade e gordura abdominal (Vieira, 2001; Florêncio, 2003), ou seja, a desnutrição infantil apresenta prejuízos à pessoa não apenas no início da vida, mas carrega suas conseqüências no decorrer da fase adulta.

No que se refere à distribuição regional da desnutrição, um levantamento feito, em 1997, pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS – USP), apontou os municípios de maior risco para desnutrição infantil, a saber:

- na região norte, os municípios dos estados do Pará e do Amazonas;
- no nordeste – a região mais vulnerável dentre todas as regiões –, os municípios dos estados de Alagoas, Maranhão e Piauí;
- no centro-oeste, o maior risco está em Tocantins;
- no sudeste, a região do norte de Minas Gerais;
- no sul – a região menos vulnerável –, alguns municípios do estado do Paraná (Benício & Monteiro, 1997).

Vale ressaltar que a desnutrição infantil está concentrada nas regiões onde estão circunscritos os maiores índices de pobreza.

Na tentativa para enfrentar e prevenir o problema, o governo brasileiro, ao longo destes anos, criou medidas de “emergência”, como programas de suplementação com a distribuição de leite e cesta básica destinados aos grupos considerados de risco: gestantes, nutrizes, crianças e escolares. Um dos primeiros programas foi o Programa Nacional de

Alimentação e Nutrição (PRONAN I), criado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

O INAN surgiu em 1972 e tinha por objetivo formular uma política nacional alimentar e, através do PRONAN I, visava melhorar o padrão alimentar dos mais vulneráveis, a partir de três frentes de ação:

- 1) suplementação alimentar (merenda escolar, distribuição de leite e de alimentos básicos);
- 2) racionalização dos sistemas de produção e comercialização dos alimentos;
- 3) atividades complementares e de apoio (projetos agroindustriais, assistência à faixa pré-escolar, subsídios de trigo, etc). (Sawaya, 1997; Vieira 2001).

O PRONAN I, por questões políticas, no entanto nunca foi implementado.

Em 1975, foi instituído o PRONAN II, que tinha por finalidade, além da suplementação alimentar dos grupos considerados de risco e dos trabalhadores de baixa renda, a racionalização do sistema produção de alimentos pelo estímulo do pequeno produtor, o enriquecimento de alimentos e o apoio e a capacitação de recursos humanos. Para tanto, foram instituídos os seguintes programas: Programa de Nutrição em Saúde (PNS), criado em 1975 e transformado em Programa de Suplementação Alimentar (PSA) em 1985; Programa de Alimentação Escolar (PAE), Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT); Programa de Complementação Alimentar (PCA), iniciado em 1977 e, após fusão com Programa de Promoção Nutricional, deu origem ao Programa de Apoio Nutricional (PAN), em 1987; Programa Nacional do Leite criado em 1986 (Sawaya, 1997; Vieira 2001). Estes programas foram extintos entre o final da década de 1980 e o início de 1990 e tiveram pouca eficácia, segundo Sawaya (1997) por

[...] estruturarem a atenção à desnutrição isoladamente dos demais fatores que a originam, como as suas causas sociais; responderem de maneira inadequada

às necessidades reais da população; não atingirem os grupos que realmente vivenciam a problemática da desnutrição; não possuem critérios claros para a distribuição de alimentos; pela irregularidade na disponibilidade de recursos; não possuem uma ação educativa para as famílias beneficiadas; não se estruturarem a partir da participação das comunidades; por possuírem recursos escassos e sujeitos a interrupções e restrições provocadas por mudanças políticas e reduções nas áreas financeiras do governo (p. 160).

A principal crítica, de acordo com os especialistas em nutrição, é a de que as políticas governamentais costumam ter caráter emergencial e assistencialista, ao invés de ações efetivas de redução e combate à pobreza, através do investimento na educação, saúde e saneamento básico como explicita Monteiro (2003), quando refere que

a expansão desmedida de ações de distribuição de alimentos, ao contrário do que talvez indique o censo comum e a indignação justificada diante de uma sociedade tão injusta e plena de problemas como a brasileira , implicaria consumir recursos que poderiam faltar para ações sociais mais bem justificadas e mais eficientes (p. 19).

No ano de 1983, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) fundou a Pastoral da Criança. Tendo iniciado, a princípio, no Paraná, seu trabalho se espalhou, aos poucos, por todo o Brasil e se tornou uma das maiores organizações não-governamentais do mundo dedicadas à saúde, sobretudo, materno-infantil.

A criação do Plano de Combate à Fome e a Miséria, em 1993, foi uma ação da sociedade, através de um esforço de mobilização nacional para a problemática da fome no país. Uma de suas prioridades foi criar o programa de atendimento aos desnutridos e às gestantes em risco nutricional (“Leite e Saúde”), do Ministério da Saúde, cujo objetivo era corrigir

deficiências apontadas pela avaliação realizada a partir dos dados da PNSN de 1989, com a seguinte concepção: participação ativa dos governos municipais; compra descentralizada de alimentos; envolvimento da comunidade (através de Conselhos Municipais de Saúde); vinculação obrigatória com ações básicas de saúde e seleção criteriosa de beneficiários restrita aos grupos biologicamente mais vulneráveis da população (Vieira, 2001). O plano incluía também distribuição de alimentos através de dois programas emergenciais:

a distribuição de feijão para as populações denominadas carentes, impulsionado pela necessidade de descarregar os armazéns de estocagem no Sul, e o Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos (PRODEA) através de cestas básicas para famílias afetadas pela seca no Nordeste (Soares, 2001:22)

O Plano de Combate à Fome e à Miséria foi substituído, em 1995, pelo Programa Comunidade Solidária, “*que se orientava pela concentração do combate à pobreza nos municípios brasileiros considerados mais miseráveis, mantendo-se os programas de ajuda ao nordeste*” (Soares, 2001:32). Na área de nutrição, a política permaneceu a mesma, com a distribuição de leite e óleo vegetal. Em 2001, por sua vez, foi lançado o Programa Bolsa-Alimentação, que destinava benefícios a gestantes, nutrizes e crianças de 6 meses a 6 anos. Era destinado àquelas famílias com renda *per capita* inferior a ½ salário mínimo.

O mais recente debate sobre nutrição, ocorreu em 2007 na III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, onde se tratou de questões como o da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), com o objetivo de se pensar em estratégias nacionais de desenvolvimento econômico e social na perspectiva do direito à alimentação adequada e saudável; e se tratou também da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (III Conferência, 2007).

Entre as propostas aprovadas, destaca-se a ampliação das ações do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e a continuidade do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), oriundos da agricultura familiar (III Conferência, 2007).

Como ocorre com os programas direcionados aos pobres, também os programas de atenção à saúde e à nutrição possuem um caráter isolado, fragmentado, sem articulação com outros programas, políticas públicas e ações desenvolvidas pela sociedade civil que, muitas vezes, são destinados a mesma população.

2.6. OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DESNUTRIÇÃO

A desnutrição está intimamente relacionada a fatores econômicos, políticos, sociais, culturais e ambientais. Estima-se que, no mundo, exista em torno de 800 milhões de crianças com desnutrição crônica e, destas, 200 milhões apresentam desnutrição moderada e 70 milhões desnutrição severa (Fernandes e cols., 2002).

Segundo a UNICEF no Brasil (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a desnutrição energético-protéica é responsável por quase 50% das mortes de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento, significando uma das maiores violações dos direitos, por comprometer o desenvolvimento físico e mental da criança. Isto significa que as crianças desnutridas provavelmente permanecerão mais pobres no percurso de sua vida, por estarem mais debilitadas e vulneráveis a doenças, perpetuando o ciclo da pobreza (UNICEF, 2006).

A prevalência da desnutrição é bastante circunscrita, estando presente, principalmente, nos países pobres da África, Ásia Meridional e países “emergentes” da América Latina.

Na década de 1970, a OMS introduziu nos estudos sobre desnutrição energético-protéica o conceito de *fatores de risco* e, com isto, despertou um crescente interesse de aprofundamento sobre esta questão. Segundo a OMS, os fatores de risco dizem respeito à “probabilidade” de

surgir ou se desenvolver determinados problemas ou danos à saúde como doenças, mortes etc. Assim, o fator de risco não indica a doença, mas a probabilidade de que ela possa vir a acontecer (OMS, 1978 apud Ferrari, 1996). Ferrari (1996), em seu estudo, menciona que:

um fator de risco implica uma associação, não necessariamente uma casualidade. Para que seja considerado causa, são necessárias as seguintes características: associação temporal, ou seja, que o dano seja posterior a ocorrência do fator; força e especificidade de associação, consistência como conhecimento existente e finalmente credibilidade biológica (p. 17).

Desta forma, a desnutrição infantil, que até então era associada apenas a pouca comida, começou a ser entendida a partir da relação de diversos fatores de natureza biológica, cultural, sócio-econômica e demográfica.

A correlação entre desnutrição infantil e situação sócio-familiar também começou a ser estudada nos anos de 1970, mas foi na década seguinte que estes estudos avançaram e trouxeram contribuições significativas para o entendimento desta questão. Alguns desses estudos identificaram características comuns em famílias que possuíam crianças desnutridas, não sendo a pobreza entendida estritamente sob o aspecto econômico, mas pela presença de fatores combinados entre si, que indicavam o risco para desnutrição.

No Brasil, os estudos sobre fatores de risco para desnutrição tiveram início na década de 1980. Um estudo realizado por Victora *apud* Ferrari (1996) com a população carente de Santa Catarina, apontou como um dos principais riscos para a desnutrição, crianças com baixo peso ao nascer (peso \leq 2500 gramas) o que sugeriria um precário pré-natal.

Os estudos seguintes trouxeram novas contribuições para compreensão dessas famílias e/ou crianças e de situações que poderiam indicar a presença da desnutrição, tais

como: infecções de repetição (Olinto e cols., 1993; Ferrari, 1996); baixa renda e/ou dificuldades sócio-econômicas e infra-estrutura ambiental (Olinto e cols., 1993; Ferrari, 1996, Santos, 2005); falta de acesso aos serviços de saúde; ausência paterna; baixa escolaridade materna; baixa escolaridade paterna; idade materna (Olinto e cols., 1993; Ferrari, 1996, Carvalhaes, 2000; Sawaya e cols., 2003); relacionamento mãe e filho (Solymos, 1995, Carvalhaes, 2000); rede social frágil (Soares, 2001; Carvalhaes, 2000).

Outros estudos demonstraram ainda que crianças com desnutrição apresentam atrasos no desenvolvimento neuro-psico-motor e maior dificuldade de aprendizado (McGuire & Austin, 1987 apud Ferrari, 1996; UNICEF, 2005).

Dentre as pesquisas realizadas houve grande semelhança em alguns dados, em especial no que se refere à associação entre desnutrição e grande número de filhos, baixa escolaridade materna, presença de alcoolismo e ausência e/ou pouco envolvimento do pai (Ferrari, 1996; Solymos, 1997; Carvalhaes, 2000).

A ausência paterna foi apontada, em alguns estudos, como um importante fator de risco para a desnutrição, uma vez que o pai era apontado como o principal provedor de apoio material e emocional para a família, o abalo nutricional da criança poderia ser consequência do abalo emocional sofrido pela mãe (Zeitin e cols. 1990, apud Carvalhaes, 2000).

A rede social foi também apontada em diversos estudos como um fator de proteção para as famílias, em especial para as famílias pobres (Sarti, 1996; Carvalho, 2002); nos estudos realizados com famílias de crianças desnutridas, verificou-se a fragilidade ou a presença não reconhecida de uma rede social de apoio (Soares, 2001; Carvalhaes, 2000).

Um estudo realizado no México, em 1993, mostrou maior prevalência entre óbitos infantis em famílias que viviam maiores situações de abandono por um dos cônjuges, violência doméstica, ou com pouca ou nenhuma ajuda solidária (Bronfram, 1993 apud Carvalhaes, 2000).

Todos esses dados demonstraram a presença de situações comuns de vulnerabilidade encontrada nas famílias de crianças desnutridas, que vivenciam o contexto da pobreza, indicando, portanto a necessidade de uma atenção adequada para o enfrentamento de suas necessidades.

2.7. O SURGIMENTO DOS CENTROS DE RECUPERAÇÃO

NUTRICIONAL (CRNs)

Em 1955, Bengoa, um médico espanhol, propôs a criação, no Chile, de Centros de Recuperação Nutricional como estratégia para redução da mortalidade infantil e prevenção da desnutrição. Tratava-se de um serviço organizado como uma “creche”, cujo objetivo era dar suporte às mães na recuperação da desnutrição de seus filhos, em especial os lactentes e pré-escolares, crianças menores de seis anos (Sawaya, 1997). Estas crianças eram tratadas com uma dieta balanceada, realizada com alimentos disponíveis na região, preparados e fornecidos às crianças pelas próprias mães (Vieira, 1996).

O Centro de Recuperação Nutricional (CRN) funcionava em uma casa comum do povoado, com uma equipe de aproximadamente duas mães do local que haviam recebido treinamento prático em nutrição infantil, funcionando de 8 a 10 horas por dia, atendendo trinta crianças (Sawaya, 1997).

O sucesso dessa experiência resultou, em 1960, na implantação de Centros de Recuperação Nutricional como instrumento de combate à desnutrição infantil em, pelo menos, 10 países latino-americanos. Especialistas avaliaram que, no período de 1975 a 1988, o Chile havia recuperado 35 mil crianças desnutridas, em regime de semi-internato, em Centros de Recuperação Nutricional, sendo que 80% destas crianças eram menores de um ano de idade (Sawaya, 1997).

No Brasil, as experiências de centros de recuperação nutricional ocorreram entre os anos de 1967-71, na região do nordeste, em Pernambuco e em Brasília, a partir de parcerias

com organizações internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e com universidades. Tais centros de recuperação funcionavam em regime de semi-internato e apresentaram bons resultados na recuperação de crianças desnutridas, com custos 25 a 30 vezes menores do que o tratamento hospitalar. Essas iniciativas, porém, foram abandonadas por problemas políticos, apesar da permanência e severidade do problema na região (Vieira, 2001; Soares, 2001).

Diversos estudos mostraram que os Centros de Recuperação Nutricional apresentavam melhores resultados na recuperação de crianças com quadro de desnutrição, quando comparados aos hospitais, por partirem de um enfoque que permitia o envolvimento da família e por pautar sua ação no trabalho com a comunidade. Além disso, alguns quadros de desnutrição, mesmo merecendo cuidados, não são tratados nos hospitais, a não ser que haja patologias associadas que motivem a internação. Nos hospitais, o critério para a internação e alta da criança que possui um quadro de desnutrição não é o estado nutricional e, sim, o controle da doença que motivou a internação, como por exemplo, a desidratação, a diarreia, entre outras (Vieira, 1996; Ferrari, 1996).

A análise dessas experiências mostrou que o modelo de Centros de Recuperação Nutricional, além de permitir o tratamento das crianças e a realização de um trabalho educativo mais eficiente e sistemático na comunidade, pode favorecer a compreensão da realidade social da família que vivencia a situação de vulnerabilidade social.

2.8. O CREN – VILA MARIANA – SÃO PAULO: *LOCUS DA PESQUISA*

Em 1989, um grupo de profissionais da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) iniciou um trabalho de pesquisa e intervenção na região de Vila Mariana, localizada na zona sul da cidade de São Paulo (Soares, 2001)

Este trabalho, que foi denominado Projeto Favela, consistia no levantamento sócio econômico e nutricional das famílias moradoras das favelas daquela região e visava caracterizar as condições de vida desta população e, ao mesmo tempo, desenvolver na comunidade as cinco ações básicas de saúde:

- incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de seis anos;
- controle de doenças respiratórias agudas;
- controle das doenças diarreicas e uso da terapia de reidratação oral;
- orientação quanto à importância da imunização (vacinas).

Tratava-se de uma pesquisa-ação, com uma equipe composta por assistente social, enfermeiro, médico, nutricionista e psicólogo, que desenvolvia, além das ações básicas de saúde, um trabalho em conjunto com os serviços locais. Posteriormente, essa equipe iniciou um atendimento ambulatorial na favela, para as crianças identificadas com desnutrição.

Com a evolução desse trabalho, alguns profissionais constituíram a ONG *Salus – Associação para a Saúde – Núcleo Salus Paulista*, que deu origem ao CREN, cujo objetivo é o de firmar e difundir um conceito de saúde adequado à pessoa humana, intervindo nas áreas social e de saúde (Soares, 2001).

Foi criado, então, o primeiro CREN na cidade de São Paulo, inaugurado em dezembro de 1993, no bairro de Vila Mariana. Em maio de 1994, iniciou suas atividades com a missão de desenvolver e aplicar um modelo de tratamento no combate à desnutrição infantil, através da assistência à criança e sua família, desenvolvendo uma metodologia específica para recuperação da desnutrição e promovendo a formação de recursos humanos especializados.

O CREN parte da premissa de que qualquer trabalho social deve começar levando em consideração questões fundamentais como compreender quem é e em que situação vive a

pessoa/família a quem se destina a ação. Para responder a estas perguntas, pauta suas ações a partir de três pilares metodológicos: o Realismo, a Racionalidade e a Moralidade.

- O Realismo: entendido como uma observação global, apaixonada e insistente do fato, da realidade como ela se apresenta na circunstância da pessoa, enfim do que se pretende conhecer. Sinteticamente, o realismo procura favorecer uma observação insistente do real (Soares, 2002).
- A Racionalidade: coloca sua atenção sobre a pessoa que conhece, seja o profissional ou pesquisador, uma vez que, nesse processo de conhecimento, ele vai utilizar de uma particularidade da sua natureza que é a razão. A palavra racionalidade representa um modo de agir que exprime e realiza a razão. Entendemos por razão esta capacidade de tomar consciência da realidade segundo a totalidade de seus fatores (Giussani, 2000).
- A Moralidade: definida como uma posição justa diante do que se pretende conhecer. A palavra moralidade, que não deve ser confundida com moralismo, é a atitude de abertura à observação do real sem preconceitos, é um amor à verdade maior que o apego às opiniões já formadas sobre o que se encontra (Giussani, 2000).

A postura realista, racional e moral traz conseqüências práticas na relação entre o profissional e quem é atendido. Essa postura na área social é denominada “método da convivência”. O método da convivência tem como ponto de partida a escuta da experiência, sem a preocupação inicial de construir um conhecimento analítico. A primeira preocupação é encontrar o outro e sua realidade, sem desperdiçar nenhum elemento do que se está mostrando através da circunstância, que é a experiência do encontro com a pessoa (Soares, 2002). O método da convivência propõe acompanhar a pessoa, viver com a pessoa o seu nível de problemática e não olhar de fora.

Condividir a situação da pessoa não quer dizer viver ou recriar as suas condições de vida, mas sim ser uma companhia que permita assumir e penetrar em sua situação (Soares, 2002:24).

O desenvolvimento do trabalho, seja com a criança, com a família ou com a comunidade como um todo, parte de uma proposta educativa, sendo a ação pautada não apenas na transmissão do conhecimento, mas no “fazer com”, levando em consideração a experiência de vida das pessoas atendidas.

O CREN oferece atendimento em quatro âmbitos: Comunidade, Ambulatório, Semi-internato e Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição em Creches, os quais detalharemos a seguir.

- **Comunidade** - o trabalho, também denominado “busca ativa”, é desenvolvido dentro de favelas. Inicialmente realiza-se um contato com lideranças locais e moradores e, posteriormente, é feito um censo antropométrico – mutirão de pesagem –, ocasião onde todas as crianças na faixa etária de 0 a 6 anos de idade são pesadas e medidas.

As crianças identificadas com desnutrição leve são encaminhadas para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima ao domicílio e as crianças com desnutrição moderada e grave são encaminhadas para acompanhamento no CREN.

Em algumas comunidades são realizadas também oficinas de culinária.

- **Ambulatório** – as consultas ambulatoriais são realizadas às crianças com desnutrição moderada e grave. A criança recebe atendimento médico e nutricional mensalmente e, quando necessário, acompanhamento psicológico.

A mãe/responsável é atendida pelo serviço social onde é realizada uma entrevista social, a fim de conhecer a estrutura social e econômica da família. Quando há necessidade a mãe/responsável é também atendida pelo serviço de psicologia.

O atendimento ambulatorial é destinado às crianças que, por algum motivo, não conseguem freqüentar o atendimento de semi-internato: seja pela distância entre o domicílio e a instituição, o que inviabiliza o comparecimento diário, seja pelo fato da criança estar matriculada num outro serviço (creche) mais próximo de sua casa, ou por não ter vaga disponível no semi-internato do CREN. Nos casos das crianças que freqüentam creches, as orientações médicas e nutricionais são repassadas também para esse serviço.

São realizadas, ainda, visitas domiciliares e as famílias são convidadas a participarem de atividades realizadas no CREN, como oficinas de culinária, dos cursos de capacitação profissional e do fórum de pais.

- **Semi-internato** – consiste no atendimento diário (2ª à 6ª feira - das 07h30min às 17h), onde a criança com desnutrição moderada e grave recebe atendimento médico, nutricional, psicológico e acompanhamento pedagógico e sua família é acompanhada pelo serviço social e pela psicologia. As informações sobre nutrição são passadas às crianças e suas famílias, sobretudo através de oficinas coordenadas por nutricionistas e realizadas por toda a equipe técnica.
- **Programa de Prevenção e Combate à Desnutrição em Creches** – iniciado em 1998, consiste na orientação e supervisão das creches atendidas, tem por objetivo capacitar os profissionais das creches para conhecer os aspectos que alteram o estado nutricional das crianças; solucionar problemas que possam interferir no estado nutricional das crianças e encaminhar para tratamento as crianças identificadas com desnutrição.

O trabalho com as famílias no CREN é da responsabilidade do serviço social, porém o processo de conhecimento da família se completa por meio do atendimento multiprofissional (médico, nutricionista, pedagogo e psicólogo). A atuação do serviço social

pressupõe a realização de um trabalho multidisciplinar para formular as estratégias de ação. A intervenção dá-se a partir do estabelecimento de um vínculo de confiança entre o responsável e o profissional, o que facilita a adesão ao serviço e se desenvolve por meio de atividades integradas entre si: entrevista social, visita domiciliar, fórum de pais, oficina “Arte na Cozinha” e cursos de capacitação profissional (Soares, 2002). Para o desenvolvimento do trabalho são utilizadas várias técnicas e instrumentos.

- A **entrevista social** é um atendimento individual realizado com o responsável pela criança (na maioria das vezes com a mãe), com o propósito de conhecer a estrutura social da família e suas demandas. Os encontros são agendados com objetivos pré-definidos para um trabalho de acompanhamento e evolução do caso. Podem ocorrer encontros emergenciais, de acordo com a necessidade de cada família.

Na entrevista social, o profissional conhece a história da família, sua atual situação, as relações interpessoais, os conflitos, sua rede de ajuda e os recursos da comunidade que utiliza para suprir suas necessidades. Com estas informações, juntamente com o responsável será desenhado o mapa da rede social. A proposta de intervenção é discutida entre a equipe multiprofissional e iniciada após o conhecimento dessa família.

- A **visita domiciliar (VD)** é um instrumento utilizado pelo serviço social no processo de conhecimento da família. Pode ter diversas finalidades: observar, conhecer, compreender, ajudar e verificar. É a ocasião em que a realidade apresentada durante a entrevista social é conhecida *in loco*, permitindo ao técnico que a realiza sua melhor compreensão.

A VD é agendada previamente, esclarecendo sua finalidade e respeitando a individualidade de cada membro da família. É realizada por dois profissionais, que dividem as várias tarefas: de interação, acolhimento das necessidades (escuta), preenchimento de formulários e observação da realidade e ao que se decidiu observar.

- Encontros mensais entre os pais/responsáveis pelas crianças e a equipe técnica do CREN são denominados **Fórum de pais** e têm como objetivo discutir o desenvolvimento do trabalho da instituição, bem como temas apresentados pelos próprios pais, que resultam da necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre a saúde da criança, aleitamento materno, doenças, desenvolvimento infantil ou assuntos da atualidade.
- A oficina **Arte na Cozinha** é realizada semanalmente com o objetivo de mostrar o valor nutritivo dos alimentos, de oferecer informações sobre higiene dos alimentos e do ambiente, de trocar receitas culinárias de baixo custo e alto valor nutritivo e, acima de tudo, de possibilitar um momento de troca de experiências de vida a partir do cotidiano de cada participante.

Durante a oficina, a nutricionista, o assistente social, um dos pais ou um convidado, ensinam como fazer um prato nutritivo e de baixo custo. A atividade ocorre de forma dinâmica, favorecendo um melhor conhecimento entre famílias e também com a equipe que a acompanha. Além de aprender uma receita, o participante pode, por exemplo, interagir com outras pessoas e constatar que há problemas comuns. Uma pessoa que já viveu uma experiência pela qual o outro está passando pode ajudá-lo a enfrentar esta situação.

- Os **Cursos profissionalizantes** são promovidos conforme interesse dos pais, a disponibilidade financeira e a ação voluntária de algumas entidades e ou empresas.

Nesses anos de funcionamento, o CREN atendeu milhares de crianças e suas famílias. Atualmente, conta com outras duas unidades: uma na zona leste da cidade de São Paulo, outra na cidade de Maceió/ AL e uma equipe de trabalho de campo no município de Jundiaí/SP. Publicou diversos materiais de informação e suporte a profissionais da área da

saúde e da educação no enfrentamento da desnutrição, tendo se tornado referência em desnutrição infantil no Brasil e em países da América Latina.



CAPÍTULO III

VULNERABILIDADE SOCIAL E PATRIMÔNIO

Neste capítulo, trataremos dos seguintes temas: vulnerabilidade social e patrimônio, que, embora aparentemente antagônicos, estão correlacionados, como veremos a seguir.

Para chegar ao conceito de vulnerabilidade social, um tema presente na literatura do século XX, partiu-se de suas conseqüências na vida das pessoas pobres, ou seja, da experiência da exclusão social.

3.1. EXCLUSÃO SOCIAL

A cronicidade da pobreza, conseqüência de múltiplos fatores agravos pelas transformações no mundo do trabalho, especialmente no que se refere à precarização das leis trabalhistas e à falta de um sistema de proteção social, trouxe à tona o conceito de exclusão social, que é também um fenômeno multidimensional e multifatorial. Segundo Wanderley (2001), a exclusão enquanto fenômeno

é tão vasta que é quase impossível delimitá-la, continua ainda como categoria analítica, difusa, apesar dos estudos existentes, e provocadora de imensos debates, [...] muitas situações são descritas como exclusão, que representam as mais variadas formas e sentidos advindos da relação inclusão/exclusão (p. 17).

O termo exclusão social surgiu na Europa, no final dos anos 1970, em referência,

sobretudo a uma camada da população expulsa do mercado de trabalho e com dificuldades de reinserção, por longo período, não conseguia a ele regressar. A estes juntaram-se jovens sem possibilidade de inserirem-se no primeiro emprego.

Conceitualmente, a exclusão não se restringe apenas a critérios como falta de renda, de moradia, de capital humano; mas por ir mais fundo na experiência humana, considera também os aspectos subjetivos, como sentimentos de rejeição, perda de identidade, falência dos laços comunitários e sociais (Paugam, 2002) .

Desta forma, a exclusão é entendida como a consequência de uma trajetória ao longo da qual estão presentes situações de desvalorização social advindas da perda de status social e da redução drástica das oportunidades, onde as chances de re-socialização tendem a ser cada vez mais decrescentes (Paugam, 2002).

A consequência mais perversa da experiência de exclusão é a solidão, uma vez que faz com que quem a vivencie, não alcançando as garantias e possibilidades de inserção no contexto cultural e sócio-econômico ao qual pertence, percorra trajetórias de desvinculação no mundo do trabalho e das relações sociais, provocando a fragilização dos vínculos familiares e comunitários e produzindo, assim, rupturas que os conduzem ao isolamento social (Castel, 2004). Filgueira & Katzman (1998) apontam como, também na América Latina, a exclusão social está relacionada, sobretudo à questão do desemprego referindo que

[...] o desempleo crónico y las formas de subempleo precario constituyem en la tradición europea un indicador y a la vez predictor importante de exclusión social. En América Latina nuevamente este problema no es de una minoría sino de la inmensa mayoría de la población. (p. 6).

Complementar o enfoque da pobreza pelo da exclusão significa passar de uma ótica dos patamares de carência para o da insegurança, instabilidade, desenraizamento e precariedade

levando à ruptura com a condição social normal, até a perda de visibilidade social.

Portanto, a exclusão social não se refere somente a pessoas que encontram dificuldades, mas também aos lugares que não oferecem recursos para responder às necessidades básicas de sua população, conforme explicita Filgueira & Katzman (1998):

[...] no pretende delimitar un grupo realtivamente pequeno de hogares y personas alienadas de su médio, sino una serie de dimensiones de precariedad de incorporación a statuses modernos de importante extensión e intensidad em la región... ausência de empleo formal... expulsion del sistema de educacion formal, siguen siendo dimensiones validas para entender una forma peculiar de destitución (p. 6).

Segundo Filgueiras (2004), entre a exclusão e a integração social há uma vasta zona de vulnerabilidade social, ou seja, existem processos de desvinculação relacionados tanto no que se refere ao âmbito do trabalho como das relações familiares e comunitárias. E se “*tais vulnerabilidades não forem corrigidas ou reduzidas, corre-se o risco de gerar a situação de exclusão social*” (Filgueiras, 2004:28).

3.2. VULNERABILIDADE SOCIAL

O conceito de vulnerabilidade presente na literatura desde o início do século XX, reaparece nos anos 1990 em vários estudos epidemiológicos, sobretudo na Europa, difundindo-se depois para toda a América Latina, na perspectiva do risco social (Sanchez & Bertolozzi, 2007). Filgueiras (2004), em sua definição, afirma que

a vulnerabilidade refere-se à capacidade de resposta frente a situações de risco, significa a maior ou menor resistência frente a uma crise e a

probabilidade de que essa implique um declínio do bem estar e uma piora da condição social (p. 29).

Trata-se, portanto, de uma predisposição ao desenvolvimento de uma situação adversa, que se evidencia diante de uma situação de risco (Santos, 2005). Neste sentido o risco, ou fatores de risco, são condições ou variáveis do contexto pessoal e social que podem comprometer a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento social do indivíduo. O risco se relaciona a eventos negativos da vida, como, por exemplo, baixo nível sócio-econômico, baixa remuneração, baixa escolaridade, família numerosa, ausência de um dos pais, presença de violência doméstica e/ou urbana (Santos, 2005).

Existem várias definições de vulnerabilidade. Porém, existe um certo consenso de que é resultante da confluência da exposição aos riscos, da incapacidade de resposta e da dificuldade de adaptação frente às situações de crise e mudanças sociais de várias naturezas (ambientais, econômicas, fisiológicas, psicológicas, legais e sociais) (Vignolli, 2005).

A vulnerabilidade pode ser compreendida, ainda, a partir de um caráter multidimensional, uma vez que afeta indivíduos, grupos e comunidades em esferas distintas do seu bem-estar, em diferentes formas e intensidade. Não se refere apenas a insuficiência de renda mas, também, às condições de saúde e acesso ao serviço de saúde, a um serviço educacional de qualidade, à possibilidade de obter trabalho e à existência de garantias legais e políticas (SEADE, 2006).

Os fatores que compõem as situações de vulnerabilidade são:

a fragilidade ou desproteção ante as mudanças originadas em seu entorno, o desamparo institucional dos cidadãos pelo Estado, a debilidade interna de indivíduos ou famílias para realizar as mudanças necessárias a fim de aproveitar o conjunto de oportunidades que se apresenta, a insegurança permanente que paralisa, incapacita e desmotiva no sentido do pensar

estratégias e realizar ações com o objetivo de lograr melhores condições de vida (Busso, 2001 apud SEADE, 2006:1).

No âmbito macro-econômico, a vulnerabilidade pode ser medida através de indicadores que permitem definir uma melhor ou pior qualidade de vida. A presença significativa e a combinação de alguns destes indicadores permitem caracterizar o grau de vulnerabilidade a que uma população está exposta.

Foram criados instrumentos para medir a vulnerabilidade, tais como: o IVS (Índice de Vulnerabilidade Social) e o IPVS (Índice Paulista de Vulnerabilidade Social) (Novara, 2003) e o Mapa da Vulnerabilidade Social.

O IVS parte da combinação de mais de vinte variáveis e tende a medir um leque mais amplo de dimensões: ambiental, cultural, econômica, jurídica e de segurança. Este índice pretende medir majoritariamente os vulneráveis de um determinado território, e serve igualmente para garantir a permanência ou indicar a concentração de programas locais (Novara, 2003).

O IPVS foi criado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) para possibilitar a visão das condições de vida do município através da identificação e localização espacial dos segmentos populacionais mais vulneráveis a pobreza no estado de São Paulo. As informações foram extraídas dos setores censitários⁴ do censo demográfico de 2000⁵.

Para isto, o IPVS buscou através de um indicador que consistia na combinação entre duas dimensões – sócio-econômica e demográfica –, classificar e graduar cada setor censitário em seis grupos de vulnerabilidade social, sendo o grupo 1 (nenhuma vulnerabilidade) e o 6 (vulnerabilidade muito alta). A dimensão sócio-econômica foi composta pela renda e pela escolaridade e a demográfica pelo ciclo de vida familiar.

⁴ Território contínuo que abriga em média 300 domicílios.

⁵ Para maiores informações consulte o site <http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/pdf/metodologia.pdf>.

Os seis grupos foram caracterizados da seguinte forma:

<p>Grupo 1 – Nenhuma vulnerabilidade</p>	<p>É composto por um grupo de pessoas caracterizado pela renda elevada, escolaridade média acima de 12,4 anos de estudo, chefes de família com idade média de 48 anos, pequeno número de crianças menores de 4 anos no domicílio.</p>
<p>Grupo 2 – Vulnerabilidade Muito Baixa</p>	<p>Rendimento alto (aproximadamente 10 salários mínimos), maioria dos responsáveis com ensino fundamental completo, idade média do chefe do domicílio 50 anos, baixa concentração de crianças até de 4 anos.</p>
<p>Grupo 3 – Vulnerabilidade Baixa</p>	<p>O rendimento médio deste grupo é aproximadamente 8 salários mínimos, os responsáveis têm em sua maioria 7 anos de estudo, a idade do responsável gira em torno de 45 anos, há presença de mulheres chefes de domicílio e 8,4% do grupo é composto por crianças de até 4 anos de idade.</p>
<p>Grupo 4 – Vulnerabilidade Média</p>	<p>Renda média de até 4 salários mínimos, 56,7% do grupo refere ter renda de até 3 salários mínimos. Escolaridade do chefe do domicílio é de 5,8 anos, a idade média do responsável é de 40 anos. As mulheres chefes do domicílio correspondem a 25,7% das famílias do grupo e as crianças até 4 anos representam 11,5% do grupo.</p>
<p>Grupo 5 – Vulnerabilidade Alta</p>	<p>Neste grupo, 65,6% referiram ter renda de até 3 salários mínimos. A escolaridade do responsável é de, em média, 5 anos e a idade 44 anos. Neste grupo, as mulheres chefes de domicílio representam 28,8% e as crianças até 4 anos 9,6%</p>
<p>Grupo 6 – Vulnerabilidade Muito Alta</p>	<p>Dentro deste grupo, 73,9% das famílias apresentam renda de até 3 salários mínimos. O chefe do domicílio tem, em média, 4,4 anos de estudo e a idade média é de 39 anos. As mulheres chefes do domicílio correspondem a 27,1% do grupo e é o grupo com maior percentual de crianças até 4 anos – 13,1% .</p>

No município de São Paulo os setores censitários foram divididos de acordo com as 31 subprefeituras existentes na cidade, o que possibilitou a comparação de situações de vulnerabilidade tanto entre as regiões das respectivas subprefeituras quanto com a média do município.

Já o Mapa de Vulnerabilidade Social realizado pelo Centro de Estudos da Metrópole e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEM-CEBRAP, em parceria com a Secretaria de Assistência Social – SAS-PMSP, teve por objetivo a detecção de diferentes condições de carências sociais da população a partir da análise da distribuição da estrutura socio-econômica no espaço urbano. O levantamento foi realizado nos 13.193 setores censitários do município de São Paulo, contando também com as informações fornecidas pelo Censo 2000.

A exposição de certas populações e áreas a diferentes situações de vulnerabilidade social foi abordada a partir da descrição das características sócio-econômicas e demográficas destes setores censitários.

Desta forma, foi possível chegar às seguintes características:

Nenhuma privação	composta pelo grupo que apresenta melhores condições de escolaridade, baixa presença de criança de 0 a 4 anos de idades e adolescentes, pouca densidade de mulheres chefes de família.
Privação muito baixa	se assemelha ao grupo anterior, porém o responsável do domicílio é um pouco mais velho, proporção maior de mulheres chefes de domicílio, com pouca escolaridade.
Baixa privação	composto por famílias mais idosas, menor concentração de crianças de 0 a 4 anos, baixa presença de jovens, mais da metade dos chefes do domicilio não possui ensino fundamental completo; neste grupo

	começa a aparecer domicílio com precariedade sócio-econômica.
Média-baixa privação	condições de precariedade sócio-econômicas altas, maior concentração de mulheres chefes de domicílio, com baixa escolaridade, ao mesmo tempo possui chefes de família idosos; maior presença de crianças de 0 a 4 anos.
Média-privação	apresenta condições sócio-econômicas precárias, maior concentração de crianças de 0 a 4 anos de idade.
Alta privação	condições sócio-econômicas precárias, famílias jovens (com idade média de 38 anos), baixo rendimento, baixa escolaridade, maior número de chefes de famílias mulheres, porém com baixa escolaridade.
Alta privação	composta por famílias com condições sócio-econômicas precárias, chefes adultos com baixa renda e baixa escolaridade, grande concentração de crianças de 0 a 4 anos e de adolescentes. Quase 1/3 do grupo é composto por chefes de domicílio mulheres.
Altíssima privação	maior concentração de crianças de 0 a 4 anos de idade, presença grande de jovens (15 a 19 anos), responsável do domicílio jovem (média 38 anos), péssimo indicador de escolaridade, 75,9% têm renda familiar de até 3 salários mínimos.

O mapeamento e a identificação das zonas e características de maior vulnerabilidade social permitiu a realização de um diagnóstico da magnitude e da localização geográfica de onde se encontram os pobres, tornando, desta forma, possível orientar e direcionar as políticas de proteção social. No entanto, ainda percebemos a ausência e/ou insuficiência do impacto das políticas públicas nesses setores, uma vez que, por exemplo, o acesso à saúde e a disponibilidade de vagas em creches, são bastante deficitários nas regiões onde se concentram os grupos de maior vulnerabilidade social.

3.3. PATRIMÔNIO – *ATIVOS SOCIAIS*

O conceito de *activos sociales* surgiu na América Latina, na década de 1990, tendo como marco inicial um estudo da antropóloga social inglesa Caroline Moser, que, ao estudar quatro comunidades urbanas pobres distintas, sendo duas localizadas na América Latina, uma na África e uma na Europa, buscava mensurar o efeito dos programas de combate à pobreza nestas regiões. Seu estudo consistia em analisar o impacto destes programas para as regiões onde eram destinados e procurava verificar também quais estratégias estas regiões utilizavam ante as situações de crises, as mudanças econômicas e institucionais radicais e frente às condições de vulnerabilidade social a que eram expostas (Filgueira & Katzman, 1998).

Moser identificou contrastes e semelhanças entre estas comunidades, e chegou a algumas conclusões sobre o efeito das dificuldades e tensões econômicas na vida dos pobres. Tais conclusões, que foram denominadas de *comprovações*, indicaram que as crises econômicas afetavam primeiramente o bem-estar material da população, cuja conseqüência era a redução de gastos totais, mudança nos hábitos alimentares e redução de compras de bens não-essenciais (Filgueira & Katzman, 1998).

Por outro lado, observando a reação destas comunidades frente a estas crises, percebeu que emergia também a presença de recursos de diversos níveis e esferas aos quais as pessoas estavam vinculadas, que denominou de *activos*, que eram acionados e influenciavam na capacidade da pessoa/comunidade em enfrentar tais circunstâncias (Filgueira & Katzman, 1998). Estes recursos, no entanto, na medida em que eram convertidos em *activos* necessitavam, a certo momento, ser potencializados através de subsídios do mercado, do Estado ou da sociedade, caso contrário, enfraqueciam e deixavam de funcionar. De acordo com o Relatório do Banco Mundial:

Hasta cierto punto, al aumentar la presión aumenta el capital social, pues entran en juego más sistemas de ayuda recíprocos y se refuerzan las redes, pero cuando la presión llega a un cierto límite – que es distinto para cada

comunidad – las redes se recargan y los sistemas sociales dejan de funcionar (BIRD apud Moser, 1996, p. vi).

Moser (1996), em seu trabalho, enfatizava também que as estratégias para o enfrentamento da pobreza não são simples e nem evidentes, insistindo na necessidade de se entender como se configuram e se potencializam os ativos presentes na realidade das famílias/comunidades. Todos os bens que existem num lugar, tanto os tangíveis quanto os intangíveis, são considerados recursos, ou seja, *ativos*.

Ao estudar os pobres, Moser pretendia examinar especialmente a natureza dos recursos que estes mobilizavam para reduzir sua vulnerabilidade frente ao risco. Sua atenção se centrava nas estratégias de adaptação às situações de crise, mesmo que tal adaptação não implicasse necessariamente na melhora da situação de bem-estar, nem modificasse a capacidade dos indivíduos em utilizar das vias existentes para mobilidade e integração social (Moser, 1996).

Em seu estudo, Moser (1996) identificou como ativos:

1) O **trabalho**: considerado o maior patrimônio do pobre. Neste sentido, as mudanças ocorridas no mercado laboral, com a fragilização das relações trabalhistas e o desemprego crônico, são os maiores causadores de vulnerabilidade social da sociedade moderna, uma vez que a fonte de renda para o pobre está apoiada sobretudo no trabalho.

Observou que, quando a possibilidade de ingresso no mundo do trabalho diminui para o chefe de família, sobretudo nas muito pobres, imediatamente estas famílias mobilizam mão-de-obra adicional, como as crianças e os idosos, aumentando, desta forma, a vulnerabilidade da família.

2) A **infra-estrutura social e econômica** (abastecimento de água, transporte, eletricidade) e a garantia de acesso a serviços como educação e saúde, bem como

a infra-estrutura urbana: permitem à população um maior desenvolvimento de sua capacidade pessoal e favorecem uma participação social e política efetiva.

3) A **moradia**: “ter uma casa” é um importante patrimônio para o pobre, tanto no que se refere à questão econômica, quanto ao seu valor simbólico. A propriedade pode tanto proteger a família diante de uma pobreza aguda, como favorecer, através dos laços sociais com a comunidade, o suporte de uma rede de solidariedade.

4) A **rede de apoio familiar**: também constitui-se num importante recurso para a redução de vulnerabilidade social; mesmo quando ocorrem mudanças dentro destas redes, em razão tanto de condições externas, como o desemprego, as dificuldades econômicas, entre outros, como também por questões de conflitos familiares – nascimentos, falecimentos, necessidade de cuidado de doentes e idosos etc.

Observou-se nas comunidades estudadas que, em geral, eram as mulheres quem estavam à frente dessas redes de apoio.

O estudo de Moser (1996) revelou que estas redes de apoio familiar, em épocas de dificuldades econômicas, substituem as redes de seguridade social.

5) O chamado **capital social**: entendido como as normas, a confiança e as redes de reciprocidade que facilitam a cooperação e geram benefícios mútuos em uma comunidade; constitui um importante patrimônio que pode ajudar na diminuição da vulnerabilidade desta mesma comunidade, e seu incremento é de significativa importância para estas populações.

Desta forma, a autora pôde afirmar que as comunidades pobres possuem um diversificado “*portfolio*” de *ativos* e que, nos desenhos de políticas públicas, mais do que identificar o que os pobres não têm, é importante identificar o que eles têm (Filgueira & Katzman, 1998).

Filgueira & Katzman (1998), seguindo o caminho de Moser, acrescentaram que, no trabalho com comunidades pobres, além de identificar os ativos para enfrentar as vulnerabilidades, deve-se criar uma estrutura de oportunidades que sustente estes ativos. As estruturas de oportunidades seriam as

probabilidades de acesso a bens, serviços ou atividades que incidam sobre o bem-estar dos lares para que facilitem o uso de recursos próprios ou forneçam recursos novos que sejam úteis para a mobilidade e integração social através dos canais existentes (Katzman, 2000, p. 24).

Katzman (2000) propõe atenção a três tipos de *ativos* básicos, que são compostos por:

- **Capital Financeiro e Físico:** o **capital financeiro** se refere aos recursos monetários, como rendas, acesso a créditos, ações, bonos, entre outros. Sua característica principal é a alta liquidez e a multifuncionalidade, ou seja, diante de uma situação de crise ,ele pode ser imediatamente utilizado.

Nos setores mais vulneráveis, as formas de crédito acessíveis constituídas do ativo financeiro se apóiam no ativo social, ou seja, são acessíveis de forma limitada e para funções específicas como, por exemplo, a compra a fiado na mercearia ou o empréstimo em situações de emergência.

Já o **capital físico** é composto por recursos materiais, como a casa, animais (aves/gado), máquinas e meios de transporte próprios. Este tipo de recurso possui menor liquidez, ainda que, em muitos casos, apresentem um potencial de uso quase tão amplo quanto o financeiro. Como é mais difícil de “desfazer-se” deste ativo, ele pode ser considerado um recurso mais estável.

Para os mais pobres, a casa e a propriedade de terra constituem um ativo por excelência. Um dos atributos fundamentais que diferenciam as regiões mais

vulneráveis é o tipo de propriedade da casa ou do terreno que as pessoas possuem.

A estabilidade deste tipo de ativo constitui um elemento positivo, uma vez que o pertencimento das famílias aos entornos comunitários mais amplos favorece, a longo prazo, o planejamento e a construção de outras formas de ativos, especialmente social e financeiro.

- **Capital Humano:** o ativo humano possui ainda menor liquidez que os anteriores. Seu valor se encontra no acesso ao emprego formal ou autônomo (estável), que constitui fonte adicional de múltiplos tipos de ativos.

Em nível individual, a saúde, as qualificações profissionais, as capacidades e habilidades são atributos básicos para este tipo de ativos, juntamente com alguns conteúdos pessoais que envolvem motivações, crenças e iniciativas para tomadas de atitudes.

- **Capital social:** pode ser considerado tanto individual quanto comunitário. É o ativo menos alienável e seus usos se encontram fortemente imbricados e apoiados pela própria rede de relações que definem esta forma de ativo.

Sua diferença com os outros ativos é que, enquanto o ativo físico se instala no direito e o ativo humano em pessoas, o ativo social se apóia nas relações.

No nível comunitário, as dimensões centrais do ativo social se referem às normas, às instituições e à confiança. O capital social, para os grupos mais vulneráveis, pode constituir-se no aspecto-chave ao possibilitar um rol e um portfólio de ativos familiares que viabilize o uso mais produtivo de outras formas de capital e também a acumulação deste. Uma característica importante é que as pessoas podem beneficiar-se mesmo quando não contribuem diretamente para sua acumulação e manutenção, como acontece, por exemplo, nas associações de bairro/moradores.

O acesso a melhores empregos, a ajuda em situações de emergência, o acesso ao crédito, o uso de outra casa numa situação de emergência, enfim todas as necessidades, contatos e acesso a informações têm como base o capital social.

De acordo com o CEPAL (1998),

[...] (diferente) de otras miradas sobre la pobreza que se concentran en los déficits de ingresos o en las carencias críticas de los hogares, el enfoque tiende a resaltar la presencia de un conjunto de atributos que se consideran necesarios para un aprovechamiento efectivo de la estructura de oportunidades existente. El énfasis está puesto entonces en la identificación de las condiciones para generar o reforzar las capacidades propias de los hogares, para un mejoramiento sostenido y progresivamente autónomo de su situación de bienestar (p. 35).

Uma das grandes críticas aos trabalhos de intervenção para o enfrentamento da pobreza a partir dos *ativos* é o risco que se tem de cair na inversão do questionamento – de “o que podemos fazer para os pobres” para “o que eles podem fazer por si mesmos” –, supondo que só os recursos familiares e comunitários sejam suficientes para superar uma situação de crise. Sabe-se que os recursos locais e as formas como são usados não dependem apenas de esforços próprios, mas também das mudanças de mercado, de modificações nas prestações de serviços públicos e de acesso a recursos comunitários, que também são variáveis (Filgueira, Katzman, 1998).

Filgueira & Katzman (1998) sugerem que o maior benefício de uma aproximação vulnerabilidade / *ativos* é permitir entrar num aspecto decisivo, geralmente omitido na ação social intencional. A política social não alcança seu objetivo quando se limita apenas a melhorar transitoriamente as condições sociais de uma população, através da adoção de

planos de emergência, de medidas compensatórias ou de programas de auxílio ante as situações de extrema privação, visando com isto mudanças estruturais ou contingências sociais que afetam negativamente as condições de vida da população.

A política social tem um efeito maior quando é capaz de afetar positivamente e em longo prazo a criação de *ativos* de indivíduos e famílias, quando contribui para diminuir a vulnerabilidade social e facilita a mobilidade social. Neste sentido, mais do que incidir em uma melhora nas situações sociais, a função mais efetiva que se deve esperar da política social é a de quebrar os círculos viciosos da pobreza e sua reprodução intergeracional.

Isto implica não apenas dotar os indivíduos e/ou uma comunidade com um maior e mais efetivo conjunto de *ativos*, mas garantir condições para que eles próprios possam reproduzi-los.

No Brasil, o conceito de *ativos sociais* é recente e menos utilizado do que em relação aos outros países da América Latina. No entanto, observa-se que começa a ser considerado enquanto premissa no desenvolvimento de algumas ações, como por exemplo, nos programas sociais, quando se parte de uma perspectiva de trabalho a partir do território.

As crises econômicas, evidentemente, não são enfrentadas apenas com o *ativo* pessoal ou da comunidade, no entanto, considerando cada realidade, este se revela um potente instrumento de ajuda na redução da vulnerabilidade social.

Segundo Moser (1996),

por medio de un ajuste, los hogares pobres pueden reducir su vulnerabilidad y evitar un mayor empobrecimiento durante las crisis económicas, pero no todos los hogares se pueden ajustar en la misma medida [...] (p. 5).

Não pretendemos, neste trabalho, esgotar este conceito, mas refletir sobre sua pertinência para a realidade brasileira. No presente estudo, o termo *ativos sociais* foi

substituído pelo termo *patrimônio*, pela facilidade de compreensão do significado da palavra, e apoiado na tradução livre de Novara (2003), que o utilizou e desenvolveu a estratégia de um trabalho em favelas a partir deste conceito.

O patrimônio dos pobres, enquanto definição, pode ser entendido como sendo o conjunto de recursos que os indivíduos possuem e a que podem recorrer para garantir a si mesmos e a seus familiares maior segurança e um melhor padrão de vida (Novara, 2003). Trata-se, portanto, de algo que existe, que é visível e pode ser mensurado.

O patrimônio muitas vezes emerge, ou seja, passa a ser observado e considerado frente a uma situação de crise vivenciada. Assim sendo, a corrosão do patrimônio indica uma maior insegurança e vulnerabilidade vivenciada.

A proposta de trabalho a partir do patrimônio propõe uma mudança de perspectiva do foco da ação, ou seja, de se organizar uma estratégia, identificando e incrementando o que emerge de positivo dentro de uma determinada situação.

Os estudos a partir do patrimônio têm demonstrado que a pobreza, a vulnerabilidade social e a exclusão social, evidentemente, não são solucionadas apenas com o patrimônio pessoal ou da comunidade. Diversos estudos demonstraram também que apenas os programas voltados a esta parcela da população, desconsiderando quem são e o que possuem, não trazem mudanças consistentes e efetivas. Neste sentido, ao se elaborar um programa social, deve-se considerar a realidade a quem é destinado; por exemplo, uma comunidade urbana tem características diferentes e, logo, necessidades diferentes de uma comunidade rural e, quando potencializado o patrimônio, se revela um potente instrumento de ajuda na redução da pobreza e da vulnerabilidade social.

No capítulo a seguir, realizaremos a análise dos dados coletados para este estudo. Utilizaremos como referenciais estudos realizados com famílias em situação de vulnerabilidade social e de crianças desnutridas, bem como, os autores que conceituam como

se configura o *ativo* ou patrimônio de famílias pobres.



CAPÍTULO IV

SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A sistematização dos dados pesquisados permitiu identificar e analisar as vulnerabilidades e identificar o patrimônio presentes nas famílias estudadas, a partir dos seguintes eixos:

- Caracterização sócio-demográficas
- Trabalho e renda
- Situação de moradia e infra-estrutura ambiental
- Rede de suporte
- Situação de conflito e dependência química

Este estudo foi realizado com 42 famílias que freqüentaram o semi-internato do CREN – Vila Mariana, nos anos de 2005 e 2006; sendo a maioria das famílias provenientes de bairros localizados na região de Jabaquara⁶, zona sul da cidade de São Paulo.

A pesquisa permitiu evidenciar as situações de vulnerabilidade nas quais essas famílias se encontram, partindo do pressuposto de que a condição de pobreza traz consigo um caráter conjuntural e histórico, sendo resultante de diversos fatores de âmbito social, econômico e cultural. Foram destacados também os recursos que essa população possui para enfrentar as dificuldades presentes em sua realidade.

Passamos, então, a apresentar cada um dos eixos acima citados.

⁶ De acordo com o IPVS (2000) a subprefeitura do Jabaquara é uma região na qual a maioria da população (34,2%) é classificada como de baixa vulnerabilidade. No entanto, encontramos famílias em situações de nenhuma vulnerabilidade (18,6%), muito baixa vulnerabilidade (26%), média vulnerabilidade (8,1%), alta vulnerabilidade (4,3%) e muito alta (8,9%).

4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

A configuração da família brasileira segundo Wajzman, Turra e Agostinho (2007) vem se modificando nos últimos anos, em decorrência de fatores sócio-demográficos como: o envelhecimento da população, a queda na taxa de fecundidade e o aumento de separações e de famílias monoparentais. No entanto, no que se refere às famílias pobres, as particularidades encontradas neste estudo revelam aspectos diversos deste padrão geral.

Tabela 1 - Distribuição das famílias estudadas segundo as características sócio-demográficas, 2005.

Características	N.	%
Sexo (do entrevistado)		
Feminino	40	95,2
Masculino	02	4,8
Procedência (do entrevistado)		
São Paulo	25	59,5
Minas Gerais	03	7,2
Nordeste	14	33,3
Idade (anos)		
Até 20	05	11,9
21 – 30	23	54,7
31- 40	10	23,8
> 41	04	9,6
Escolaridade (do entrevistado anos)		
Até 4	09	21,4
5 – 8	19	45,3
> 9	14	33,3
Presença de esposo (a) companheiro (a)		
Sim	25	59,5

Não	17	40,5
Estado civil (do entrevistado)		
Casado	05	11,9
Solteiro	16	38,1
Em concubinato	20	47,6
Viúvo	01	2,4
Idade do esposo (a) /companheiro (a) (anos)		
Até 20	01	4,0
21 – 30	09	36,0
31- 40	11	44,0
> 41	04	16,0
Escolaridade do esposo (a)/ companheiro (a) (anos)		
Até 4	06	24,0
5 – 8	11	44,0
> 9	08	32,0
Presença de crianças (anos)		
0-2	31	73,8
3-5	27	64,3

A maioria dos entrevistados (95,2%) que nos forneceram as informações sobre o perfil da família, era formada por pessoas do sexo feminino. A entrevista aconteceu na própria instituição, com o responsável que acompanhava a criança diariamente ao CREN. Habitualmente, quem realizava esta tarefa eram as mães das crianças em tratamento nesta instituição; sendo apenas 4,8% desenvolvida pelos homens.

Os fatores de risco associados à desnutrição infantil descritos na literatura são: idade materna (≤ 18 anos ou ≥ 35 anos de idade); vínculo mãe-filho; destinação dos dejetos (a céu aberto); número de pessoas no domicílio (≥ 8 pessoas); escolaridade dos pais (≤ 4 anos) e trabalho (desemprego) (Sawaya, 1997).

Ferrari (1996), em seu estudo, encontrou uma associação revelada por determinado perfil sócio-econômico-demográfico de sua amostra: famílias com baixa escolaridade, com dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

No grupo de famílias estudado, constatamos que 59,5 % dos entrevistados são naturais de São Paulo e, com uma situação de risco pela manutenção da dificuldade de inserção no mercado de trabalho e baixa renda. Tais dados serão melhor discutidos na Tabela 2.

No que se refere à idade, encontramos predominância da faixa etária de 21 a 30 anos (54,7%). Quanto ao esposo(a)/companheiro(a), se concentrava entre 31 e 40 anos de idade (44%), mostrando-nos, portanto, uma prevalência de famílias jovens.

Diversos estudos com famílias em situação de vulnerabilidade social apontam a existência de responsáveis jovens como um risco social. Os índices do IPVS (2000) revelaram que nos setores censitários de vulnerabilidade muito alta, a média de idade do responsável pelo domicílio era de 39 anos. Resultado semelhante encontrou Arregui (2005) em seu trabalho sobre famílias beneficiadas pelos programas de transferência de renda, no município de São Paulo, em situação de altíssima vulnerabilidade, no qual o titular tinha menos de 40 anos de idade.

Em nosso estudo, a maioria das famílias (59,5%) eram biparentais, com uma prevalência (47,6%) de uniões não oficializadas. As famílias monoparentais correspondiam a 40,5% e destas 38,1% tinha a mulher como chefe do domicílio. Em apenas 1 (um) caso o pai era o único responsável.

Esse dado da biparentalidade nos revela uma característica diferente da normalmente encontrada em famílias em situação de vulnerabilidade social, uma vez que diversos autores, como Sarti (1996) e Arregui (2005) constatam ser a monoparentalidade um indicador de risco social, sobretudo, quando são as mulheres a exercerem a função de chefes do domicílio.

No entanto, neste grupo de famílias estudado, embora não seja a maioria, a ocorrência de um número significativo da monoparentalidade demonstra a existência de uma situação de vulnerabilidade nesse contexto. Estudos como o de Sarti (1996) e o de Guimarães & Almeida (2003) mostraram que, nas circunstâncias de monoparentalidade, quando há uma prevalência da mulher como chefe de domicílio, sobretudo em famílias que se encontram em condições de pobreza, a situação de vulnerabilidade pode se agravar. Este fato pode ser explicado, segundo os autores, não apenas pela mulher ter uma situação de trabalho e renda, historicamente, inferior à do homem, mas, sobretudo, em função da sobrecarga de papéis que ela adquire ao assumir solitariamente a responsabilidade pelo sustento material e pelos cuidados necessários ao desenvolvimento pleno dos membros de sua família.

Quanto à escolaridade, identificamos que 80% dos entrevistados possui 5 anos ou mais de estudo. Verificamos, também, que o grau de instrução apresentado pelo esposo(a) ou companheiro(a) possui um percentual aproximado ao dos entrevistados, uma vez que 76% tem mais de 5 anos de estudo, segundo os dados fornecidos pelos depoentes.

Em estudos com famílias de crianças desnutridas, Ferrari (1996) e Carvalhaes (2000) apontaram a baixa escolaridade materna (até 4 anos de estudo) como um dos principais fatores de risco para desnutrição infantil. O grupo de famílias em situação de vulnerabilidade social pesquisado por Arregui (2005) também mostrou maior prevalência de baixa escolaridade (4 anos ou menos de estudo) entre os responsáveis.

Ao examinar os nossos resultados, identificamos um grau de escolaridade superior àquele mencionado pelos estudos de Ferrari (1996), Carvalhaes (2000) e Arregui (2005), que indicam o grau de instrução inferior a 4 anos como um indicador de situação de vulnerabilidade e risco para desnutrição infantil. Esse fato pode ser explicado, segundo Rodrigues (2006), pela ampliação do acesso as instituições de ensino ocorrido nos últimos anos.

Neste grupo de famílias, encontramos também a presença significativa de crianças até cinco anos de idade. Estudos, como o de Arregui (2005), mostraram que a alta prevalência de crianças menores de 5 anos acrescenta mais vulnerabilidade nas condições de vida desta população. No caso específico da população estudada, a vulnerabilidade pode ser considerada ainda maior, uma vez que, dentre as crianças presentes na família, pelo menos uma sofre de desnutrição infantil.

Embora um dos índices de classificação de vulnerabilidade social seja o número elevado de filhos, algumas falas de nossos entrevistados, quando indagados sobre o que lhes dá alegria, mostra-nos que, paradoxalmente, são os filhos o seu principal motivo de satisfação:

[alegria] “Ver meus filhos sorrindo, alegres, ver eles bem e poder dar pra eles tudo o que eles precisarem” (Família CREN, 2005).

[alegria] “Meus filhos, minha família” (Família CREN, 2006).

[alegria] “Ver meus filhos felizes e com saúde” (Família CREN, 2005).

[alegria] “Ver meus filhos felizes, que eles fiquem sempre bem e com saúde” (Família CREN, 2005).

[alegria] “Saber que Deus existe, ver meus filhos crescerem bem, em paz, e viver em paz eu e todos da minha família” (Família CREN, 2006).

A caracterização sócio-demográfica do grupo estudado nesta pesquisa pode ser descrita da seguinte maneira: famílias predominantemente jovens; com escolaridade acima de 5 anos de estudo; em sua maioria procedentes de São Paulo; com a presença significativa de crianças menores de 5 anos, apresentando pelo menos um caso de desnutrição infantil por família.

Constatamos a presença de condições de vulnerabilidade social, uma vez que essas famílias apresentam alguns indicadores em seu perfil sócio-demográfico que demonstram situações de risco social: a prevalência de responsáveis jovens, presença significativa de crianças menores de 5 anos de idade, ocorrência da desnutrição infantil e considerável porcentagem de casos de monoparentalidade.

O perfil sócio-demográfico descrito acima nos revelou dois aspectos interessantes, a prevalência da biparentalidade e o aumento do grau de instrução (que pode ser justificado pela conjunção dos fatores como juventude e procedência associados a uma maior facilidade de acesso à escola), sugerindo-nos a existência de recursos dentro desses grupos, denominados por Moser (1996) e Katzman (2000) como *ativos* que podem ser utilizados pelos seus membros para o enfrentamento da situação de vulnerabilidade em que se encontram.

4.2. TRABALHO E RENDA

A situação de trabalho nos anos de 2005 e 2006 indicava uma alta taxa de desemprego, que se caracterizava pelo declínio na oferta, pelas mudanças e pela fragilização no mundo do trabalho (PNAD de 2006 e Wanderley, 2008). Embora as pesquisas realizadas atualmente pelo IPEA (2007) demonstrem um aumento na regularização da empregabilidade da população economicamente ativa (35%), decorrente do crescimento econômico ocorrido em 2007, ainda temos uma parcela significativa de brasileiros em situação instável de trabalho.

Na população estudada, na qual predomina entrevistados do sexo feminino, verificamos que 59,5% possuíam algum tipo de ocupação, sendo que a maioria (68%) tinha uma situação instável de trabalho: faziam “bico” ou trabalho temporário. Os resultados nos possibilitaram constatar uma situação diferente para os homens destas famílias: 68% trabalhavam e destes, 64,7% tinham uma situação de trabalho mais estável, uma vez que eram assalariados.

Nos estudos de Arregui (2005) com famílias pobres e na pesquisa de Wajnman, Turra e Agostinho (2007) sobre a estruturação de renda no Brasil, identificamos um denominador comum entre o que esses autores afirmam e os nossos resultados, no que diz respeito a situação de trabalho feminino em relação ao masculino: a mulher encontra-se em uma condição de precariedade maior no que se refere ao vínculo empregatício e à renda. Segundo Arregui (2005), as famílias pobres que têm a mulher como chefe de domicílio, numa condição de trabalho em que o vínculo empregatício é frágil, estão mais suscetíveis à vulnerabilidade social.

Tabela 2 - Distribuição das famílias de acordo com o Trabalho e renda, 2005

Características	N	%
Trabalho (entrevistado)		
Sim	25	59,5
Não	17	40,5
Tipo de vínculo empregatício		
Assalariado com vínculo	02	8,0
Assalariado sem vínculo	06	24,0
Temporário	04	16,0
Bico	13	52,0
Trabalho (esposo/companheiro)		
Sim	17	68,0
Não	08	32,0
Tipo de vínculo empregatício (esposo/companheiro)		
Assalariado com vínculo	09	52,9
Assalariado sem vínculo	02	11,8
Trabalho informal/ Bico	04	23,5
Cooperativa	01	5,9
Autônomo	01	5,9

Renda Familiar (em salários mínimos⁷)		
Até 1	25	59,5
2 – 4	14	33,3
> 5	03	7,2
Benefício de Transferência de renda		
Não recebe	31	73,8
Bolsa Família	04	9,5
Renda Mínima	07	16,7

Na população entrevistada, verificamos que há uma alta prevalência (58,6%) de famílias com renda familiar de até um salário mínimo. Esse indicador, segundo autores como Arregui (2005), Carvalhaes (2000) e Santos (2006), é um fator que influencia consideravelmente na situação de vulnerabilidade social de uma família, e revela-se um indicador de risco para desnutrição infantil.

Embora este grupo apresente uma situação de baixa renda, mais de 70% dessa população declarou-se não beneficiárias dos programas de transferência de renda. O instrumento de coleta de dados utilizado nos permitiu, por um lado, identificar que o perfil sócio-demográfico e econômico dessas famílias estava adequado aos critérios de ingresso aos benefícios de transferência de renda; por outro, o instrumento não nos forneceu o motivo do não acesso a esses programas.

Através do indicador “Trabalho e renda”, constatamos uma situação instável de trabalho e um precário vínculo empregatício das mulheres em relação aos homens, assim como um alto índice de famílias com baixa renda. Verificamos nessa população que, embora a grande maioria afirme estar trabalhando, não necessariamente isso implique numa estabilidade de sua condição sócio-econômica. Esse aspecto apareceu claramente nas falas dos entrevistados quando estes

⁷ Valor do salário mínimo de março de 2005 a abril de 2006: R\$ 300,00

declararam ser o trabalho um dos maiores desejos, ao mesmo tempo que o desemprego se destacou como um dos tipos de medo mais presentes nesses depoimentos:

[desejo] “Não ter que ficar me preocupando com as contas que tenho pra pagar. Poder sempre trabalhar” (Família CREN, 2005).

[medo] “ficar desempregada, não ter como pagas as minhas contas” (Família CREN, 2005).

Para Katzman & Filgueira (1999) e Moser (1996), o trabalho, sobretudo, em uma condição de estabilidade, constitui-se em “ativo” para o pobre, pois garante a renda, a ampliação da rede de relacionamentos, o acesso a créditos favorecendo uma vida social mais ativa.

Na comparação com a literatura apresentada, pudemos identificar, no grupo de famílias estudado que a baixa renda, que a inacessibilidade aos programas sociais de transferência de renda e a instabilidade do trabalho feminino, em casos de famílias com mulheres chefes de domicílio, constituem-se em fatores de risco à vulnerabilidade social; destituindo-os de possíveis recursos para o enfrentamento da situação de pobreza na qual se encontram.

No entanto, embora tenhamos constatado que a população estudada encontra-se em uma situação de vulnerabilidade social, no que diz respeito ao trabalho e à renda, privando-a de recursos materiais essenciais para o enfrentamento da situação de pobreza, verificamos também que essa circunstância não impede que desejem uma vida melhor: esse é o âmbito da esperança.

[desejo] “Continuar trabalhando pra poder comprar mais coisas, ‘cê sabe né, eu já comprei minha televisão, agora nem eu nem o K precisamos ficar indo na casa dos outros toda hora pra ver televisão. Depois quero sair da favela, comprar uma casa” (Família CREN, 2005).

[desejo] “Coisas boas, melhores, como por exemplo, um trabalho melhor e ter minha casa” (Família CREN, 2005).

O trabalho como fonte de esperança para uma vida melhor fica ainda mais evidente para a parcela da população estudada que se encontra desempregada, sobretudo, por que ele pode se tornar um meio de realização de um desejo: sustento e cuidado dos filhos.

[desejo] “Ter um bom emprego pra cuidar bem de meus filhos” (Família CREN, 2005).

[desejo] “Conseguir um trabalho, poder sustentar sozinha meus filhos, sem depender de homem nenhum” (Família CREN, 2005).

4.3. SITUAÇÃO DE MORADIA E INFRA-ESTRUTURA AMBIENTAL

A questão da moradia, no que se refere às precárias condições habitacionais e à falta de infra-estrutura ambiental, está fortemente associadas à desnutrição infantil e à vulnerabilidade social (Sawaya e cols., 2003; Arregui 2005).

Tabela 3 - Distribuição das famílias segundo situação de moradia e infra-estrutura ambiental, 2005

Características	N	%
Tipo de agrupamento habitacional		
Bairro	15	35,7
Favela	24	57,1
Conjunto habitacional	03	7,2
Tipo de construção		
Alvenaria com acabamento	18	42,9

Alvenaria sem acabamento	11	26,2
Madeira	09	21,4
Misto	04	9,5
Tipo de piso		
Cerâmica	18	42,9
Madeira	04	9,5
Contra piso	15	35,7
Terra/misto	05	11,9
Número de cômodos		
Até 2	25	59,5
> 3	17	40,5
Quantidade de pessoas no domicílio		
Até 4	19	45,2
> 5	23	54,8
Destino do esgoto		
Rede geral	20	47,6
Vala (córrego)	22	52,4
Tipo de chegada da água		
Rede geral	40	95,2
Poço	01	2,4
Não possui água encanada	01	2,4
Destino do lixo		
Coletado por serviço de limpeza	35	83,3
Caçamba	05	11,9
Jogado na vala (córrego)	02	4,8

No que se refere ao tipo de agrupamento habitacional, encontramos neste estudo que a maioria das famílias (57,1%) vive em favelas. A favela é caracterizada por se tratar de um tipo de invasão em terreno público ou particular, muitas vezes em áreas de preservação ambiental, sem infra-estrutura urbana adequada e carente de serviços públicos essenciais. As

habitações são normalmente formadas em vielas estreitas e desordenadas e apresentam graves problemas de ventilação e iluminação (Rodrigues, 2006).

Em 1973, a população residente em favela correspondia a 1% dos moradores do município de São Paulo, estima-se que atualmente 11% da população da cidade reside em favelas (Saraiva e Marques, 2005). A situação de moradia das famílias estudadas mostrou-nos que: o tipo de construção do domicílio era predominantemente de casas de alvenaria (69,1%), com até 2 cômodos 59,2%. A maioria dos domicílios possuía revestimento de piso, sendo cerâmica 35,7% e contra piso 42,9% .

Os nossos resultados podem ser confrontados com os estudos de Sawaya e cols. (2003) e Santos (2006), realizados com população de favela, que encontraram forte associação entre desnutrição infantil e domicílios sem revestimento em pelo menos um dos cômodos; a falta de revestimento pode trazer problemas causados pela enteropatia ambiental⁸, provocando doenças freqüentes nas crianças, como por exemplo, diarreia. No entanto, o presente estudo verificou uma maior prevalência de casas de alvenaria com revestimento nos cômodos, não evidenciando essa relação entre tipo habitacional e desnutrição infantil, embora esta exista em todas as famílias entrevistadas.

Em 54,8% das famílias existia a presença de 5 ou mais pessoas no domicílio. Santos (2006), em seu estudo comparativo com famílias de crianças desnutridas, residentes em cortiços e favelas, encontrou associação entre desnutrição infantil e grande número de pessoas por cômodo, confirmando risco como descrito em literatura precedente.

No que se refere à destinação dos dejetos, verifica-se que, na maioria das famílias (52,4%), o esgoto é lançado a céu aberto (valas ou córregos). Identificamos ainda que 95,2% recebem água pela rede geral e em 83,3% o lixo é recolhido pelo serviço de coleta pública.

⁸ “a enteropatia ambiental é definida como uma síndrome de intensidade que pode ser variável, de leve a grave, afetando crianças provenientes de famílias com baixo nível socioeconômico vivendo em situação de promiscuidade, com elevada taxa de contaminação ambiental, ausência de saneamento básico, ingestão alimentar deficiente, desmame precoce e que apresentam surtos diarreicos de repetição ou diarreia crônica” (Morais e Fagundes Neto, 2003, p. 1).

A infra-estrutura ambiental encontrada em nossos resultados é bem descrita por Rodrigues (2006) ,em seu estudo sobre “Moradia precária e violência na cidade de São Paulo”, mostrando que os serviços de luz e água, introduzidos em muitas favelas nos anos de 1980, têm uma abrangência maior nessas áreas do que os demais serviços urbanos, como drenagem e coleta de esgoto. Segundo a autora, a implementação destes programas de urbanização tem um custo elevado, sobretudo, por exigir “engenharias complexas” e um estudo da infra-estrutura interna e externa à favela, dificultando uma maior difusão desses serviços nestes locais.

A relação entre precária infra-estrutura ambiental e situação de vulnerabilidade pode ser encontrada nos estudos de Arregui (2005), que mostra como a primeira associada à baixa renda pode resultar em situações de risco de vida para as famílias, como por exemplo, nos casos de desabamentos e enchentes, situações comuns em muitas favelas. Fernandes e cols. (2002) faz uma correlação entre desnutrição energético-protéica e pobreza, evidenciando como, em populações com baixas condições sócio-econômicas, há uma prevalência desta doença; nas quais encontramos como um dos fatores etiológicos da “forma primária”⁹ dessa enfermidade, condições de moradias precárias.

Observamos que os entrevistados têm uma percepção da situação de moradia precária na qual vivem, pois, quando indagados sobre o seu maior desejo, a maioria explicitou a necessidade de “ter um lugar” ou de “ser feliz” concretamente associados a possuir uma casa:

[desejo] “Ter uma casa própria, poder um dia ter minha casa” (Família CREN, 2005).

[desejo] “Ter uma casa minha, onde eu possa trazer quem eu quiser, na hora que eu quiser e encontrar um trabalho” (Família CREN, 2005).

⁹ “É decorrente da ingestão alimentar insuficiente ou inadequada” (Sawaya, 1997:22).

[desejo] “Ter uma casa própria um dia” (Família CREN, 2005).

[desejo] “Ter minha casa, minha de verdade, própria mesmo. Depois poder trabalhar e ver minha família feliz” (Família CREN, 2005)..

[desejo] “Ser feliz é o que eu mais quero, mudar de casa, morar num lugar onde eu não tenha que morar com rato ou ter enchente na minha casa” (Família CREN, 2005).

É importante salientar que, nos estudos como os de Moser (1996) e Katzman & Filgueira (1999), a casa é um “ativo” para o pobre, pois assegura uma estabilidade física e favorece relações e vínculos de pertencimento entre as famílias e sua comunidade. Ao contrário do que esses autores comentam, encontramos em nossos resultados uma relação frágil entre essas duas variáveis – família e moradia –, descrita pela precariedade do tipo de habitação e infra-estrutura ambiental, dificultando, portanto, a utilização desse recurso para o fortalecimento das famílias e enfrentamento da situação de pobreza em que estão expostas.

4.4. REDE SOCIAL E INFORMAÇÃO

A rede social é definida como um conjunto de relações a partir das quais a pessoa adquire a própria identidade social. Da rede se recebe sustentação emotiva, recurso material ou financeiro, informações, favorecendo o desenvolvimento das relações sociais (Soares, 2002).

A rede se tornou um importante instrumento de trabalho social a partir de 1990, sobretudo, com famílias pobres. Diversos estudos já foram realizados, no sentido de verificar

como se comporta a rede social das famílias, principalmente, diante das dificuldades. Em alguns desses trabalhos, a rede foi apontada como um fator de proteção social, sendo considerada um patrimônio, em especial para as famílias pobres (Sarti, 1996 e 2003; Carvalho, 2004; Novara, 2003). Já nas pesquisas realizadas com famílias de crianças desnutridas, verificou-se a fragilidade ou a presença não reconhecida de uma rede social de apoio (Soares, 2001; Carvalhaes, 2000).

Tabela 4 - Distribuição das famílias estudadas de acordo com a rede de apoio social e informação, 2005.

Características	N	%
Com quem pode contar (alimentação)		
Esposo/companheiro /filhos	02	4,8
Parentes	18	42,9
Instituições	09	21,4
Ninguém	09	21,4
Outros	04	9,5
Com quem pode contar (problemas de saúde)		
Esposo/companheiro /filhos	13	31,0
Parentes	17	40,5
Ninguém	07	16,6
Outros	05	11,9
Com quem pode contar (dinheiro)		
Esposo/companheiro /filhos	06	14,3
Parentes	19	45,2
Ninguém	09	21,4
Outros	08	19,1
Vai à igreja		
Sim	28	66,7
Não	14	33,3
Qual veículo de comunicação utiliza para manter-se informado		

Rádio	11	26,2
TV	29	69,0
Jornal	01	2,4
Outros	01	2,4

Para verificar o suporte da rede social no grupo estudado, realizamos três questões que descreviam circunstâncias hipotéticas, cujas respostas delineavam quais eram os recursos disponíveis aos entrevistados em casos como: ajuda para resolver problemas de saúde, necessidade de alimentação e auxílio financeiro.

Dentre as famílias estudadas verifica-se que, nos casos de necessidade de alimentação, quase a metade dos entrevistados solicitaria ajuda de parentes (47,7%) ou recorreriam ao auxílio de instituições (21,4%), porém um número significativo das famílias (21,4%) declarou não ter ninguém a quem pedir auxílio.

Quando indagados sobre o tipo de ajuda que buscariam em casos de problemas de saúde, 71,5% dos entrevistados informaram que solicitariam à família; entretanto, 16,6% disseram que não teriam ninguém a quem recorrer.

Soares (2001), em seu estudo sobre rede social refere que, em casos de doenças, é mais natural que a pessoa recorra a familiares, a amigos, quando há um relacionamento de intimidade anterior, ou um auxílio profissional, uma vez que os cuidados com o corpo pressupõe que haja uma relação de familiaridade entre o doente e a pessoa que prestará o auxílio solicitado.

E no que se refere ao auxílio financeiro, 59,5% dos entrevistados declarou que procuraria a família, porém 21,4% destes afirmaram que não teriam a quem recorrer. Esses dados nos revelam a existência de um apoio financeiro em situações hipotéticas de crise econômica, confirmando a presença da rede social para as famílias neste aspecto. Carvalhaes (2000), em seu estudo sobre desnutrição e cuidado infantil, também afirma o valor que a rede social possui para as famílias de crianças desnutridas que passam por algum tipo de

crise econômica, uma vez que o apoio financeiro pode auxiliar no enfrentamento dessa circunstância. No estudo de Arregui (2005), as redes tecidas a partir do espaço doméstico (família, amigos e vizinhos) se revelaram imediatas para a resolução dos problemas como os apresentados acima, por se tratarem necessidades essencialmente familiares.

Observou-se também que boa parte das famílias (66,8%) costuma frequentar igrejas. No que se refere ao contato com as instituições, Carvalhaes (2000), em sua população estudada, encontrou uma predominância de vínculo com as igrejas. A presença da Igreja, como um dos pilares da rede social, pode ser compreendida a partir de sua função histórica de oferecer suporte espiritual e material à vida das famílias pobres.

Com relação aos veículos de informação, a televisão (69%) e o rádio (26,2%) foram os meios de comunicação mais citados pelas famílias. De acordo com dados do PNAD de 2007, 94,5% dos lares possui televisão, sendo considerada, portanto, o item de consumo mais presente nas famílias brasileiras. Embora essa pesquisa não nos forneça dados sobre o caráter informacional desses veículos para a população estudada, em nossos resultados podemos afirmar o suporte desses meios de informação para as famílias, uma vez que, em nosso instrumento de coleta de dados, havia perguntas que nos mostravam como as pessoas se mantinham atualizadas.

Constatamos, portanto, que a grande maioria das famílias estudadas possui uma rede de sustentação em situações emergenciais. Os resultados que mostram quais são as relações sociais de apoio citadas pelos entrevistados, quando comparados à literatura, nos revelam a presença de uma ajuda circunstancial efetiva, oferecida pela família, por amigos e por instituições, assim como não se encontram relativamente destituídas de aparato informacional; mostrando, sobretudo, que essas famílias não se concebem sozinhas quando necessitam de apoio.

4.5. SITUAÇÃO DE CONFLITO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A violência urbana aumentou assustadoramente nos últimos anos, sobretudo nas grandes metrópoles brasileiras como Rio de Janeiro e São Paulo (Maricato, 2000). Diversos estudos apontam que a violência está associada à desigualdade social, principalmente no que se refere aos fatores sócio-econômicos resultantes do desemprego, do déficit no acesso a serviços básicos como educação e saúde, e também à falta de proteção e segurança, sobretudo, nos bairros mais pobres ou nos locais de moradia mais precária (Maricato, 2000; Rodrigues, 2006).

Tabela 5 - Distribuição das famílias estudadas segundo situações de conflito e dependência química, 2005.

Características	N	%
Situações de conflito		
Recluso	12	28,6
Egresso	09	21,4
Liberdade Assistida	01	2,4
Uso/ abuso de drogas lícitas e ou ilícitas		
Alcool	20	47,6
Drogas	09	21,4

Em nossos resultados, verificamos um elevado número de pessoas da família que se encontravam reclusas (28,6%) e/ou que são egressas do sistema prisional (21,4%). Levando em consideração que 57,1% da população estudada reside em favelas, podemos observar a existência da correlação entre violência e pobreza, uma vez que Rodrigues (2006) nos afirma, em seu estudo, que nas comunidades pobres as quadrilhas de tráfico de drogas, grupos de extermínio e justiceiros, muitas vezes substituem as funções da justiça, dificultando a estruturação adequada serviços urbanos básicos e de segurança.

Rodrigues (2006) nos auxilia também na compreensão da relação entre essas duas variáveis, quando nos diz que, mais do que a renda, é a questão da moradia o fator mais adequado para avaliar a associação entre pobreza e violência. De acordo com seu estudo, há uma forte correlação entre locais com moradias precárias (favelas, loteamentos clandestinos, terrenos invadidos) e taxas de homicídios.

No presente estudo, também identificamos um alto número de pessoas da família que poderiam ser o próprio entrevistado(a), o marido/companheiro(a), o irmão(ã), o filho(a) ou o pai/mãe do entrevistado, que utilizavam drogas lícitas (47,6%) e/ou ilícitas (21,4%).

Segundo os dados fornecidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID –, no Brasil, 12 % da população é dependente de álcool. No que se refere às drogas, há um percentual impreciso quanto ao número de usuários no país. Essa situação de dependência química não se restringe aos pobres, mas encontra-se difundida em todas as camadas sociais.

A repercussão que a dependência química gera em famílias pobres pode ser encontrada nos estudos de Sarti (1996) e Carvalhaes (2000). Segundo a primeira pesquisadora, a dependência química, em especial o alcoolismo, está presente nas famílias pobres como um fruto de situações adversas, tais como o desemprego. Já Carvalhaes (2000), em seu estudo, demonstra uma correlação entre alcoolismo e desnutrição, uma vez que a convivência com o alcoolista gera um nível de estresse elevado reduzindo a “*capacidade materna de prover os cuidados básicos da criança, quanto à própria criança, por exemplo, reduzindo seu apetite*” (p. 73).

De acordo com os nossos resultados, o grau de vulnerabilidade dessas famílias pode ser evidenciado, portanto, pelo elevado número de pessoas em situações de conflito com a lei ou dependentes químicos. Esta situação se apresentou como uma preocupação real na fala de alguns entrevistados:

[o que dá medo] “a bebida de meu marido, tenho muito medo que por causa disso ele se meta em alguma confusão” (Família CREN, 2005).

[o que dá medo] “meu maior medo é de acontecer alguma coisa com meus filhos, por que ‘cê sabe né, neste lugar onde a gente mora.... eu tenho muito medo” (Família CREN, 2005).

A presença da violência, encontrada em nosso estudo, é um dos fatores, no cenário já descrito anteriormente sobre as condições de risco social, nas quais vivem as famílias pobres; delineadas pelos eixos do desemprego, da baixa renda, da situação de moradia precária. Um outro aspecto a ser considerado é que a violência em São Paulo, sobretudo dentro das favelas, aparece ligada ao narcotráfico. Muitos estudiosos da violência observaram que as quadrilhas do tráfico de drogas exercem um “fascínio” especial entre os jovens, no que se refere a “facilidade” para ganhar dinheiro e para se obter *status* (Zaluar, 1999).

Embora não haja uma relação direta e unilateral entre pobreza e dependência química, a presença do alcoolismo e da drogadicção nos revelaram uma situação de vulnerabilidade, que, no caso de famílias pobres, tem a sua condição agravada, uma vez que a presença de situações adversas (desemprego, baixa renda, entre outros) e de estresse afetam a melhor utilização do patrimônio disponível a estas famílias.

4.6. COMPARAÇÃO DAS FAMÍLIAS ESTUDADAS COM O IPVS DA SUBPREFEITURA DE JABAQUARA

Tabela 6 - Comparação da situação das famílias estudadas com os indicadores de vulnerabilidade que compõem o índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS

Indicadores	Valores do Índice Paulista de Vulnerabilidade da Subprefeitura do Jabaquara**			
	Muito baixa	Média	Alta - Muito	Famílias
	-Baixa		Alta	estudadas
Tamanho médio do domicílio (em pessoas)	3,4	3,8	3,9	4,7
Responsáveis pelo domicílio alfabetizados (%)	94,5-96,6	89,6	80,3-88,6	92,8
Responsáveis pelo domicílio com ensino fundamental completo (%)	51,2-58,3	34,2	22,3-26,8	50
Anos médio de estudo pelo responsável pelo domicílio	7,5-8,4	5,7	4,4-5,1	6,9
Rendimento médio do responsável pelo domicílio (em salários mínimos)	6,6-8,6	3,5	2,4-3,1	1,8
Responsáveis com renda de até 3 salários mínimos (%)	31,2-39,4	57,7	65,4-72,7	88
Responsável com idade entre 10 e 29 anos (%)	8,4-14,8	24,9	14,2-24,6	47,6
Idade média do responsável pelo domicílio (em anos)	46-50	41	40-45	30,5
Mulheres responsáveis pelo domicílio (%)	31,8-32,6	34,5	29,4-34,6	38,1
Crianças menores de 5 anos no total de residentes (%)	5,6-7,9	11,2	8,7-13	34,7

Fonte: IBGE; Fundação Seade, 2000.

** Região de procedência da maioria das famílias estudadas

Na Tabela 6, fizemos uma comparação entre os dados encontrados na população estudada, e os dados do IPVS da região da subprefeitura do Jabaquara. De acordo com este índice, a região do Jabaquara é classificada como de baixa vulnerabilidade social (34,2%); isto ocorre sobretudo pelo alto nível sócio-econômico de grande parcela da população ali residente.

Após uma nova sistematização dos dados, tendo como referência os indicadores do IPVS, encontramos, no presente estudo, que a média de pessoas nos domicílios era de 4,7 pessoas; em termos de escolaridade, a maioria dos responsáveis pelo domicílio (92,8%) era alfabetizada e apresentava, em média, 6,9 anos de estudo, sendo que destes 50% possuía o ensino fundamental completo; o rendimento médio dos responsáveis era de 1,8 salários-mínimos, sendo que 88% apresentava menos de 3 salários; com relação aos indicadores demográficos, a idade média dos responsáveis pelos domicílios era de 30,5 anos, a parcela de mulheres chefes do domicílio era de 38,1% e a proporção de crianças menores de 5 anos equivalia a 34,7%.

Comparando-se os dados obtidos na presente pesquisa com os valores do Índice Paulista de Vulnerabilidade da Subprefeitura de Jabaquara, do município de São Paulo (SEADE, 2000), observou-se que, de acordo com os indicadores de média de pessoas os domicílios, de renda, idade do responsável pelo domicílio, rendimento médio do responsável pelo domicílio, idade média do responsável pelo domicílio, mulheres chefes do domicílio e percentual de crianças menores de 5 anos, as famílias estudadas apresentam índices de vulnerabilidade superiores àqueles que se encontram na região classificadas no grupo de vulnerabilidade muito alta.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados fornecidos pelo IPVS nos revelam que a região da subprefeitura do Jabaquara – São Paulo é classificada, em sua maioria, como de baixa vulnerabilidade (34,2%). Assim como os especialistas, Sawaya (1997), Ferrari (1996) e Carvalhaes (2000) mostram em seus estudos que a desnutrição é um indicador de risco social.

Dessa maneira, a discussão trazida nessa dissertação possibilitou-nos observar e examinar as vulnerabilidades presentes nas famílias de crianças desnutridas do CREN – Vila Mariana e, paralelamente, identificar o patrimônio que possuem.

O primeiro aspecto que exalta a condição de vulnerabilidade dessas famílias diz respeito à caracterização sócio-demográfica da população estudada. No entanto, alguns fatores como o grau de escolaridade elevado do entrevistado e do esposo(a)/companheiro(a) e a prevalência de biparentalidade, mostraram-nos a existência de possíveis recursos para o enfrentamento das condições vulneráveis nas quais essas famílias se encontram.

Podemos concluir, apoiados em Moser (1996) e Katzman (2000), que um melhor nível de escolaridade constitui-se em “ativo” para essas famílias, uma vez que um melhor nível de instrução favorece o acesso à educação, desenvolvimento do nível de compreensão e de interpretação da realidade cotidiana, facilitando a inserção no mercado de trabalho.

Também podemos afirmar que a biparentalidade pode se tornar um patrimônio para a população pesquisada, uma vez que alguns estudos, como os de Sarti (1996) e Guimarães & Almeida (2003), nos mostram que a condição de monoparentalidade está associada a maior

dificuldade de enfrentamento da condição sócio-econômica das famílias pobres, aumentando as responsabilidades dos chefes de domicílio, que acabam assumindo solitariamente um número maior de funções dentro da família.

Um fator interessante que nos foi revelado pelas questões abertas é que 88% dos entrevistados consideraram que a sua maior alegria eram os filhos. E, embora um dos aspectos que delineiam o perfil sócio-demográfico de vulnerabilidade seja a presença de um número elevado de crianças menores de 5 anos na família, a constatação da satisfação sugere-nos que há um relacionamento afetivo entre entrevistado e seus filhos e que este pode se constituir em um recurso para o enfrentamento das situações de risco: o bem dos filhos faz com que brote o desejo de ter melhores condições de vida.

Quanto ao eixo “Trabalho e renda”, observamos nessa população estudada que a baixa renda, a inacessibilidade aos programas de transferência de renda e a instabilidade do trabalho feminino em geral constituem-se em fatores de risco a vulnerabilidade social, conforme a literatura consultada.

Segundo Moser (1996) e Katzman (2000), o trabalho configura-se em um patrimônio para o pobre, uma vez que se trata de um meio para prover o sustento próprio e da família. O trabalho enquanto um valor é bem demonstrado nas questões abertas, nas quais 28% dos entrevistados nos mostraram a importância de se ter uma ocupação ou de melhorá-las. Embora não seja um número significativo, impedindo-nos de realizar afirmações mais precisas, chamou-nos a atenção o fato de que o trabalho aparece estar vinculado ao desejo de conseguir uma ocupação, em casos de desemprego, e de permanecer empregado como a expressão da necessidade de uma melhora de condição de vida, ou mais, um *ethos* ainda bastante forte na sociedade.

A constatação da precariedade do tipo de habitação e da infra-estrutura ambiental, no que diz respeito à rede de esgoto, nas favelas em que residem as famílias estudadas, também

foram fatores que nos evidenciaram as condições de vulnerabilidade social às quais essa população está exposta.

Assim como na categoria anterior, também é interessante ressaltar que a necessidade de ter um lugar e de “ser feliz”, expressa nas questões abertas, passa pela aquisição de uma casa própria. Ao expressar os seus desejos, os entrevistados elencaram a moradia como um fator importante em suas vidas; confirmando o que encontramos na literatura que considera a casa como um patrimônio para o pobre, e a forte cultura da casa própria para o brasileiro.

Quanto à situação de conflito e de dependência química, encontramos uma prevalência de pessoas reclusas ou egressas do sistema prisional, assim como um número elevado de usuários de drogas lícitas e/ou ilícitas.

A violência, segundo Rodrigues (2006) e Zaluar (1999), ocorre em espaços bem delimitados, sobretudo, em favelas. Esses autores nos mostram que as situações de violência nesses locais é uma expressão de um contexto de vulnerabilidade social, marcado pelo desemprego, pela falta de acesso a serviços básicos, pela falta de segurança pública e pela precariedade das moradias. Maricato (2000), em especial, associa a violência a fatores como espaço metropolitano ilegal e exclusão social.

No caso da dependência química, principalmente no que diz respeito ao alcoolismo, autores como Sarti (1996) e Carvalhaes (2000), mostram-nos como a presença de alcoolistas nas famílias pobres e de crianças desnutridas agrava a situação de vulnerabilidade.

Verificamos que as famílias estudadas possuem uma rede de apoio, demonstrando que elas não se concebem sozinhas no enfrentamento das situações indagadas. A rede social, portanto, constitui-se em um patrimônio fundamental para essas famílias que se encontram dentro de um contexto marcadamente vulnerável, que podem ser caracterizadas da seguinte maneira: como predominantemente jovens, de baixa renda, com número elevado de filhos pequenos, com moradia precária, expostos as situações de violência e com a presença

significativa de alcoolistas. Essa situação de vulnerabilidade revela também as necessidades que essas famílias possuem; sendo que será diante desse panorama que a rede social funcionará como um suporte (Sarti, 1996; Novara, 2003; Carvalho, 2002).

Concluindo, entendemos através desse estudo que o trabalho social, sobretudo, com população em situação de vulnerabilidade social é, por um lado, importante, e ao mesmo tempo, exigente, uma vez que a aparente insuficiência de recursos humanos e materiais parecem imperar dentro do contexto. As situações de vulnerabilidade que emergiram entre as famílias estudadas, já foram apontadas em outros estudos, como demonstramos ao confrontar os nossos resultados com diversos autores, assim como já foram indicadas as propostas para enfrentá-las. Cabe a nós enfatizarmos, portanto, a urgência da implantação e implementação de políticas públicas, que devem ser desenvolvidas pelo Estado e pela sociedade civil, para responder a essas necessidades, sobretudo, no que se refere ao trabalho, à habitação e à educação.

Para nós, a contribuição desse estudo está na utilização do conceito de patrimônio, que nos permitiu identificar que dentro dessa mesma realidade, existe a presença de recursos, que ao serem reconhecidos e incrementados podem contribuir para a melhoria da condição de vida dessa população.

A metodologia utilizada nesse estudo possibilitou também a sistematização do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social do CREN, uma vez que o instrumento utilizado permitiu caracterizar a vulnerabilidade das famílias atendidas e identificar os recursos de que dispunham, o seu patrimônio. E desta forma, pode se tornar um importante instrumental na elaboração de estratégias de intervenção destinadas à população atendida.

Com isso, entendemos que a sistematização do trabalho social partindo do patrimônio, constitui-se numa forma adequada de intervenção com famílias em situação de vulnerabilidade social.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARREGUI, Carola Carbajal. *O difícil exercício da renda mínima no Brasil*. 2005. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de estudos pós graduados em serviço social, São Paulo.
- BARROS, Ricardo Paes & HENRIQUES, Ricardo. A. *A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil* (Texto para discussão n. 800). Rio de Janeiro: IPEA, 2001.
- BARROS, Ricardo Paes; CARVALHO, Mirela; FRANCO, Samuel & MENDONÇA, Rosane. Determinantes imediatos da queda da desigualdade de renda brasileira. In: BARROS, Ricardo Paes; FOGUEL, Miguel Nathan & ULYSSEA, Gabriel (org.s). *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Brasília: IPEA, 2007.
- BEMFAM - Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Brasília: BEMFAM, 1996.
- BENÍCIO, Maria Helena de Aquino & MONTEIRO, Carlos Augusto. *Desnutrição infantil nos municípios brasileiros: risco de ocorrência*. Brasília: NUPEN/USP, 1997.
- BIRD – Banco Mundial. *Vozes dos Pobres: Brasil – Relatório Nacional* (Relatório participativo sobre a pobreza preparado para o Poverty Reduction and Economic Management Network), Washington, USA: BIRD, 1997.
- BRASIL. Constituição (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil* – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n.1, de 1992, a 32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. Brasília: Senado, 2002 (Série textos básicos; n. 25).

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Senado, 1990.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, intitulada Lei Orgânica da Assistência Social. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 dez. 1993.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social – PNAS, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social por Intermediário da Resolução n.145, de 15 de outubro de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 out. 2004.

BUSSO, Gustavo. *Vulnerabilidad sociodemografica em Nicarágua*: um desafio para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Santiago de Chile: CEPAL, 2002.

CARVALHAES, Maria Antonieta Barros Leite. *Desnutrição e cuidado infantil*: Um estudo de casos e controles em um município do sudeste brasileiro. São Paulo: NUPENS/USP, 2000.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant (org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez, 2002.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, Silvio Manoug (org.). *Família brasileira*: a base de tudo. São Paulo/Brasília: Cortez/Unicef, 2004.

CASTEL, Robert; WANDERLEY, Luiz Eduardo W. & WANDERLEY, Mariângela Belfiore. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, 2004.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas. *Boletim n. 56*, São Paulo, 2007.

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. *Panorama social de América Latina* (ediciónes 1996 y 1997). Santiago: CEPAL, 1998.

CHIZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

CIEPLAN – Corporación de Estudios para Latinoamérica. *Estratégia para Combater a Pobreza no Brasil*: Programas, Instituições e Recursos. Campinas: NEEP/UNICAMP, 1994.

- COURT, Pedro Morandé. Família e sociedade contemporânea. In: PETRINI, João Carlos & CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon (Org.s). *Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- ESTATUTO DA SALUS ASSOCIAÇÃO PARA A SAÚDE. São Paulo: mimeo, 1983.
- FERNANDES, Benedito Scaranci; FERNANDES, Maria Teresa Bechere; BISMARCNASR, Elizabeth Maria & ALBUQUERQUE, Maria Paula. *Vencendo a desnutrição: abordagem clínica e preventiva*. São Paulo: Salus Paulista, 2002.
- FERRARI, Alexandre Archanjo. *Fatores de risco para desnutrição energética-proteica em pré-escolares de uma favela de São Paulo*. 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida. *Método e Metodologia na Pesquisa Científica*. Rio de Janeiro: Difusão Editora, 2004.
- FILGUEIRAS, Cristina Almeida Cunha. Exclusão, Risco, Vulnerabilidade: Desafios para a Política Social. In: CARNEIRO, C.B.L. & COSTA, B.L.D. (org.s). *Gestão Social. O que há de novo? – Vol. I: Desafios e Tendências –*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.
- FILGUEIRA, Fernando & KATZMAN, Ruben. *Una Mirada Crítica al “Assets-vulnerability Approach”*: orígenes, aplicaciones y posibles innovaciones. Santiago de Chile: CEPAL, 1998.
- FLORENCIO, Telma Maria Menezes Toledo. *Baixa estatura e doenças crônicas em população de baixa renda de Maceió-AL*. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- FONSECA, Ana Maria M. “Que família é essa?”. In: WANDERLEY, Mariângela Belfiori & OLIVEIRA, Isaura Isoldi Mello Castanho (Org.s). *Trabalho com famílias*. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2004.
- GIUSSANI, Luigi. *O senso religioso*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira & ALMEIDA, Silvana Cavichioli Gomes. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amalia Faller (Org.s). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Documento Base*. Brasília, 2007.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Radar Social 2005*. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Radar Social 2006*. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 27 jul. 2008.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Radar Social 2007*. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2008.

KATZMAN, Ruben & FILGUEIRA, Carlos. *Marco Conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades*: documento de trabalho. Montevidéu: Cepal, 1999.

KATZMAN, Ruben. *Notas sobre la medicion de la vulnerabilidad social*: documento de trabajo del IPES (aportes conceptuales n. 2). Uruguai: IPES, 2000.

KOWARICK, Lúcio. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil: Estados Unidos, França e Brasil. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v.18, n.51, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 out. 2007.

LOSACO, Silvia. O jovem e o contexto familiar. In: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amalia Faller (Org.s). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003.

MARICATO, Ermínia. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.14, n.4, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 24 set. 2008.

- MARQUES, Eduardo & SARAIVA, Camila. As políticas de habitação social, a segregação e as desigualdades sociais na cidade. In: MARQUES, Eduardo & TORRES, Haroldo (org.s). *São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais*. São Paulo: Editora Senac/SP, 2005.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME – SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Norma Operacional Básica* – NOB/SUAS. Brasília: MDSCF, 2005.
- MIOTO, Regina Célia Tomaso. A família é um espaço de pessoas. In: *TRABALHO COM FAMÍLIAS* - textos de apoio. São Paulo: SAS-PUC-SP, 2004.
- MONTEIRO, Carlos Augusto. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.17, n.48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 set. 2008.
- MORAIS, Mauro Batista & FAGUNDES NETO, Ulisses. Enteropatia ambiental. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, n. 48, 2003 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 set. 2008.
- MOSER, Caroline. O. N. *Situaciones Críticas Reacción de los hogares de cuatro comunidades urbanas pobres ante la vulnerabilidad y la pobreza. Serie de estudios y monografías sobre el desarrollo ecológicamente sostenible* (N. 7S). Washington: BIRD, 1996.
- NOVARA, Enrico. Promover os talentos para reduzir a pobreza. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.17, n.48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 set. 2008.
- OLINTO, Maria Teresa; VICTORA, Cesare G.; BARROS, F.C. & TOMASI, E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cad. Saúde pública*, n. 9, supl. 1, pp14-27, 1993.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *Manejo da desnutrição grave*: um manual para profissionais de saúde de nível superior e suas equipes auxiliares. Genebra: OMS, 2002.

- PAUGAM, Serge. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais. In: SAWAIA, Baden (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- PETRINI, João Carlos & CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon (Org). *Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- PETRINI, João Carlos. Mudanças sociais e familiares na atualidade: reflexões à luz da história social e da sociologia. *Memorandum*, Belo Horizonte/Ribeirão Preto, n.8, 2005. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/artigos08/petrini01.htm>>. Acesso em: 03 maio 2007.
- PETRINI, João Carlos. *Pós-modernidade e família: um itinerário de compreensão*. Bauru: EDUSC, 2003.
- REDE 10 - Luta contra a pobreza urbana. *Documento de Base*. São Paulo: Programa URB-AL, 2003
- RODRIGUES, Rute Imanishi. *Moradia precária e violência na cidade de São Paulo* (Texto para discussão n. 1187). Rio de Janeiro: IPEA, 2006.
- SÁNCHEZ, Alba Idaly Munhõz & BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 jul 2008.
- SANTOS, José Eduardo Ferreira. *Travessias – A adolescência em Novos Alagados: Trajetórias pessoais e estruturas de oportunidade em um contexto de risco psicossocial*. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Salvador.
- SANTOS, Rosângela Bezerra. *Comparação do estado nutricional, condições de sócio-econômicas e de saúde entre crianças moradoras de cortiços e favelas, região central de São Paulo*. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

- SARTI, Cyntia Andersen. *A família como espelho*: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 1996.
- SAWAYA, Ana Lydia (org.). *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997.
- SAWAYA, Ana Lydia e cols. *Os dois Brasis*: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. São Paulo: IEA/USP, 2003.
- SCABINI, Eugenia. Ciclo de Vida Familiar e ciclo de saúde familiar. In: SALUS/AVSI. *A Família e o crescimento do Indivíduo*: ciclo de vida e dimensão familiar. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1990.
- SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados & SEPLAN – Secretaria de Economia e Planejamento/Governo do Estado de São Paulo (SP). *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social*: Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo – Metodologia. São Paulo: SEADE/SEPLAN, 2000.
- SEN, Amartya Kumar. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SOARES, Fabio Veras; SOARES, Sergei; MEDEIROS, Marcelo & OSÓRIO, Rafael. *Programas de transferência de renda no Brasil*: impactos sobre a desigualdade (Texto para discussão n. 1228). Brasília: IPEA, 2006.
- SOARES, Maria Luisa Pereira Ventura. *Rede social no Centro de Recuperação e Educação Nutricional* - uma proposta de abordagem metodológica com família. 2001. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social, São Paulo.
- SOARES, Maria Luisa Pereira Ventura. *Vencendo a desnutrição*: abordagem social. São Paulo: Salus Paulista, 2002.
- SOARES, Sergei Suarez Dillon. *Distribuição de renda no Brasil de 1976 2004, com ênfase no período entre 2001 e 2004* (Texto para discussão n. 1166). Brasília: IPEA, 2006.

- SOJO, Ana. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos em América Latina y el Caribe. *Revista de La Cepal*, México, n. 80, agosto de 2003.
- SOLYMOS, Gisela Maria Bernardes. *A Experiência Vivida de Mães de Desnutridos: Um Estudo Fenomenológico de Fatores Psicossociais de Risco*. 1995. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Paulo.
- SOLYMOS, Gisela Maria Bernardes. *Vencendo a desnutrição: abordagem psicológica*. São Paulo: Salus Paulista, 2002.
- UNICEF – United Nations Children’s Emergency Fund. *Situação Mundial da Infância: a nutrição em foco*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1998.
- UNICEF – United Nations Children’s Emergency Fund. *Situação Mundial da Infância: infância ameaçada*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2005.
- UNICEF – United Nations Children’s Emergency Fund. *Situação da Infância Brasileira*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2006.
- VIEIRA, Maria de Fatima Alves. *Avaliação da Recuperação Nutricional de Crianças Desnutridas atendidas pelo Centro de Recuperação e Educação Nutricional*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Nutrição, São Paulo.
- VIEIRA, Maria de Fatima Alves. *Avaliação Antropométrica, padrão morbidade, alterações metabólicas, composição corporal e ingestão de alimentos de crianças desnutridas em processo de recuperação nutricional atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN)*. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- VIGNOLLI, Jorge Rodriguez. Vulnerabilidade sócio demográfica: antigos e novos riscos para a América Latina e Caribe. In: Cunha, José Marcos Pinto (org.). *Novas Metrôpoles Paulistas – População vulnerabilidade e segregação*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2005.

- VIGNOLI, Maria Francisca Sales. *A Família como campo de atuação e investigação do Serviço Social Brasileiro*. 2007. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social, São Paulo.
- YASBEK, Maria Carmelita. A assistência social na prática profissional: história e perspectivas. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n 85, ano 27, mar/2006.
- WAJNMAN, Simone; TURRA, Cassio M. & AGOSTINHO, Cíntia S. Estrutura Domiciliar e Distribuição de renda familiar no Brasil. In: BARROS, Ricardo Paes; FOGUEL, Miguel Nathan & ULYSSEA, Gabriel (org.s). *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Brasília: IPEA, 2007.
- WANDERLEY, Mariângela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader (org). *As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- WANDERLEY, Mariângela Belfiore. Políticas públicas e trabalho social: polêmicas em debate – conferências. In: ARREGUI, Carola Carbaja & BLANES, Denise Néri (orgs). *Metodologias do trabalho social*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2008.
- WATERLOW, John C. (org). *Malnutricion protéico energética*. Washington DC: OPAS, 1996.
- ZALUAR, Alba. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v.13, n.3, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 set. 2008.



ANEXOS



FICHA DE PERFIL SOCIAL



Controle de Visitas e Realização da Entrevista

Visita	Motivo da Pendência	Data	Duração da Entrevista
1ª visita			Início: _____ Término: _____ Tempo total: _____
2ª visita			Início: _____ Término: _____ Tempo total: _____
3ª visita			Início: _____ Término: _____ Tempo total: _____

QUADRO 1: IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DA FAMÍLIA

1. NOME DO TITULAR:	
2. PARTICIPA DE GRUPO SOCIOEDUCATIVO? 1. SIM → <i>PROSSIGA</i> 2. NÃO → <i>PULE PARA P. 4</i>	
3. QUAL É O NOME DO GRUPO SOCIOEDUCATIVO?	
4. NÚMERO DE INSCRIÇÃO :	5. DATA DE INSCRIÇÃO:
6. SEXO: 1. Masculino 2. Feminino	
7. CELULAR Nº:	
8. ESTADO CIVIL: (RU) 1. Casado(a) 2. Solteiro(a) 3. Divorciado(a) 4. Separado(a) 5. Viúvo(a) 6. União Estável 7. Em Concubinato	
9. RAÇA/ COR: (RU) 1. Negra 2. Branca 3. Amarela 4. Indígena 5. Parda 6. Outra _____	
10. VOCÊ FREQUENTA ALGUMA IGREJA? 1. Sim 2. Não	
11. QUE IGREJA VOCÊ FREQUENTA? 1. Católica 2. Evangélica 3. Protestante 4. Religiões Afro 5. Ateu 6. Outra: _____	
12. VOCÊ VAI À IGREJA: <i>(LEIA AS ALTERNATIVAS)</i> 1. Toda semana, 2. a cada 15 dias, 3. 1 vez por mês ou 4. raramente?	
13. NACIONALIDADE:	
14. SE ESTRANGEIRO, QUAL A DATA DE CHEGADA AO BRASIL: (MÊS/ANO) →	
15. MUNICÍPIO DE NATURALIDADE:	16. UF DE NATURALIDADE:
17. OUTRA NATURALIDADE <i>(ANOTE SOMENTE SE PARA ESTRANGEIRO):</i>	PAÍS:

QUADRO 2: DOCUMENTOS PESSOAIS DO TITULAR

18. () NÃO POSSUI		19. CPF:	
20. RG:	21. DATA:	22. ÓRGÃO:	23. UF:

QUADRO 3: ENDEREÇO DA FAMÍLIA

24. LOGRADOURO:		
25. Nº:	26. COMPLEMENTO:	
27. BAIRRO:		
28. ZONA:	1. Urbana 2. Rural	29. CEP:
30. UF:	31. MUNICÍPIO:	
32. PONTO DE REFERÊNCIA/ NOME DA FAVELA:		
33. TELEFONE PARA CONTATO:		
1) RESIDÊNCIA ()	2) VIZINHO ()	3) TRABALHO ()
4) PARENTE ()	5) AMIGO ()	6) OUTRO ()
7) NÃO TEM TELEFONE PARA CONTATO		

QUADRO 4: COMPOSIÇÃO FAMILIAR

34. O(A) SR(A) PODERIA ME INFORMAR QUANTAS PESSOAS, CONTANDO COM O (A) SR(A) MORAM NA SUA RESIDÊNCIA? (ANOTE):

O(A) SR(A) PODERIA ME INFORMAR O NOME DE TODAS AS PESSOAS QUE MORAM NA SUA RESIDÊNCIA, COMEÇANDO PELO SEU E, NO CASO DAS DEMAIS PESSOAS COMEÇANDO DO MAIS VELHO PARA O MAIS NOVO ?

Nº	35. NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)	36. DATA DE NASCIMENTO OU IDADE (DIA/MÊS/ANO)	37. SEXO		38. GRAU DE PARENTESCO (GP)
			Masc.	Fem.	
1			1	2	
2			1	2	
3			1	2	
4			1	2	
5			1	2	
6			1	2	
7			1	2	
8			1	2	
9			1	2	
10			1	2	
11			1	2	
12			1	2	
13			1	2	
14			1	2	

(GP) GRAU DE PARENTESCO: 1) Titular 2) Cônjuge (Marido / Esposa) 3) Companheiro(a) 4) Filho(a) 5) Irmão(ã) 6) Pai / Mãe 7) Cunhado(a) 8) Genro Nora 9) Sogro(a) 10) Enteado(a) 11) Neto(a) 12) Padrasto / Madrasta 13) Agregado(a) 14) Avô(ó) 15) Ex-companheiro(a) 16) Ex-marido / Ex-esposa 17) Primo(a) 18) Sobrinho(a) 19)Tio(a) 20) Outros parentes (ANOTAR)

QUADRO 5: SITUAÇÃO OCUPACIONAL

Atenção: TRANSFIRA PARA ESTE QUADRO TODOS OS MORADORES DO QUADRO 4 NA MESMA ORDEM, E O APLIQUE:

Nº	39. PRIMEIRO NOME	40. O(A) TRABALHA?		41. O QUE O(A) FAZ NO TRABALHO/PROFISSÃO? <i>(Anotar a profissão)</i>	42. NESTE TRABALHO, QUAL É A CONDIÇÃO DO(A) _____? <i>(Ler os códigos e anotar)</i>	43. QUANTO O(A) GANHA NESTE TRABALHO? <i>(Anotar o valor bruto)</i>	44. O(A) POSSUI OUTRAS FONTES DE RENDA?		45. QUAL/QUAIS SÃO ESTAS OUTRAS FONTES DE RENDA? <i>(Anotar código FR)</i>	46. QUANTO O(A) GANHA COM ESTAS OUTRAS FONTES DE RENDA?	47. O(A) POSSUI ALGUM BENEFÍCIO? <i>(Anotar código BE)</i>	48. QUANTO O(A) RECEBE DE BENEFÍCIO?	49. PORQUE O(A) NÃO TRABALHA? <i>(Anotar código NT)</i> <i>Se desempregado não esquecer de perguntar a profissão na P. 40</i>	50. HÁ QUANTO TEMPO O(A) ESTÁ DESEMPREGADO?	
		Sim	Não				Sim	Não							
1		1	2				1	2							
2		1	2				1	2							
3		1	2				1	2							
4		1	2				1	2							
5		1	2				1	2							
6		1	2				1	2							
7		1	2				1	2							
8		1	2				1	2							
9		1	2				1	2							
10		1	2				1	2							
11		1	2				1	2							
12		1	2				1	2							
13		1	2				1	2							
14		1	2				1	2							
15		1	2				1	2							

(SO) SITUAÇÃO OCUPACIONAL: 1) Assalariado c/ carteira assinada 2) Assalariado s/ carteira assinada 3) Funcionário público 4) temporário 5) Cooperativo 6) Trabalho rural 7) Aprendiz 8) Trabalhador por conta própria / Autônomo 9) trabalhador informal / Bico 11) Aposentado 12) Pensionista 13) Outra (ANOTAR)

(FR) OUTRAS FONTES DE RENDA: 1) Aluguel 2) Aposentadoria / Pensão 3) Auxílio Previdenciário 4) Benefício de prestação continuada 5) Doação/ Ajuda de terceiros 6) Pensão Alimentícia dos filhos 7) Seguro Desemprego 8) Outra (ANOTAR)

(BE) BENEFÍCIOS: 1) Bolsa Escola Estadual 2) Bolsa Família 3) Agente Jovem 4) PETI 5) Renda Mínima Municipal 6) Segurança Alimentar Estadual 7) Outro (ANOTAR)

(NT) NÃO TRABALHA: 1) Desempregado 2) Estudante 3) Dona de Casa 4) Criança 5) Deficiente 6) Inativo 7) Outros (ANOTAR)

TEMPO DE DESEMPREGO: 1) Menos de 6 meses 2) + de 6 meses a 1 ano 3) + de 1 a 2 anos 4) + de 2 a 3 anos 5) + de 3 a 5 anos 6) + de 5 anos

QUADRO 6: FORMAÇÃO / ESCOLARIZAÇÃO

Atenção: TRANSFIRA PARA ESTE QUADRO TODOS OS MORADORES DO QUADRO 5 NA MESMA ORDEM, E O APLIQUE:

Nº	51. PRIMEIRO NOME	52. SABE LER? (RU)		53. SABE ESCREVER? (RU)		54. ASSINA O NOME? (RU)		55. ESTUDA ATUALMENTE? (RU)		56. NÍVEL E SÉRIE ATUAL/ CONCLUÍDO (NS) (RU)	57. PERÍODO (PE) (RU)	58. QUAL O MOTIVO DE NÃO ESTUDAR? (RM)	59. JÁ FEZ OU ESTÁ FAZENDO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL?		60. QUAIS CURSOS? (RM)
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não				Sim	Não	
1		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
2		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
3		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
4		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
5		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
6		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
7		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
8		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
9		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
10		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
11		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
12		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
13		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
14		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	
15		1	2	1	2	1	2	1	2				1	2	

(NS) NÍVEL E SÉRIE ATUAL: 1) Educação infantil 2) 1º série – Ensino fundamental 3) 2º série – Ensino fundamental 4) 3º série – Ensino fundamental 5) 4º série – Ensino fundamental 6) 5º série – Ensino fundamental 7) 6º - Ensino fundamental 8) 7º série – Ensino fundamental 9) 8º - Ensino fundamental 10) 1º série – Ensino médio 11) 2º série – Ensino médio 12) 3º série – Ensino médio 13) Superior incompleto 14) Superior completo 15) Técnico 16) Sem instrução 17) MOVA

(PE) PERÍODO: 1) Manhã 2) Tarde 3) Noite 4) Integral

QUADRO 7: SAÚDEAtenção: TRANSFIRA PARA ESTE QUADRO TODOS OS MORADORES DO QUADRO 6 NA MESMA ORDEM, E O APLIQUE

Nº	61. PRIMEIRO NOME	62. TEM CARTÃO DO SUS? (RU)		63. POSSUI CONVÊNIO PRIVADO? (RU)		64. POSSUI CARTEIRA DE VACINAÇÃO? (RU)		65. A VACINAÇÃO ESTÁ ATUALIZADA? (RU)		66. GESTANTE?		67. TEMPO DE GESTAÇÃO	68. AMAMENTA?		69. A AMAMENTAÇÃO É EXCLUSIVA?		70. FAZ PRÉ-NATAL?		71. Qtas. consultas já fez?
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
1		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
2		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
3		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
4		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
5		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
6		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
7		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
8		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
9		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
10		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
11		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
12		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
13		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
14		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
15		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
16		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
17		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
18		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	
19		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		1	2	1	2	1	2	

QUADRO 8: DOENÇA

Atenção: TRANSFIRA PARA ESTE QUADRO TODOS OS MORADORES DO QUADRO 7 NA MESMA ORDEM, E O APLIQUE

Nº	72. PRIMEIRO NOME	73. TEM ALGUM TIPO DE DOENÇA?		74. QUAL?	75. PESO/ ESTATURA		76. FAZ TRATAMENTO?		77. EM QUE LOCAL FAZ O TRATAMENTO?	78. MOTIVO DE NÃO FAZER TRATAMENTO
		Sim	Não		PESO	ESTATURA	Sim	Não		
1		1	2				1	2		
2		1	2				1	2		
3		1	2				1	2		
4		1	2				1	2		
5		1	2				1	2		
6		1	2				1	2		
7		1	2				1	2		
8		1	2				1	2		
9		1	2				1	2		
10		1	2				1	2		
11		1	2				1	2		
12		1	2				1	2		
13		1	2				1	2		
14		1	2				1	2		
15		1	2				1	2		

DOENÇAS: 1) Anemia 2) Cardíaca 3) Depressão 4) Hipo/ Hipertensão 5) Epilepsia 6) Diabetes 7) Respiratória 8) Circulatória 9) Renal 10) Desnutrição 11) Desidratação 12) Sarampo 13) Hepatite 14) Tétano 15) Catapora 16) Caxumba 17) Rubéola 18) Coqueluche 19) Verminoses 20) Osteoporose 21) Câncer 22) DST 23) AIDS 24) Neurológica 25) Dermatológica 26 Outras (Especificar)

QUADRO 9: DEFICIÊNCIA

Atenção: TRANSFIRA PARA ESTE QUADRO TODOS OS MORADORES DO QUADRO 8 NA MESMA ORDEM, E O APLIQUE

Nº	79. PRIMEIRO NOME	80. TEM ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA?		81. QUAL O TIPO? (DF)	82. A DEFICIÊNCIA É INCAPACITANTE?	
		Sim	Não		Sim	Não
1		1	2		1	2
2		1	2		1	2
3		1	2		1	2
4		1	2		1	2
5		1	2		1	2
6		1	2		1	2
7		1	2		1	2
8		1	2		1	2
9		1	2		1	2
10		1	2		1	2
11		1	2		1	2
12		1	2		1	2
13		1	2		1	2
14		1	2		1	2
15		1	2		1	2

(DF) 1) Surdez/ Mudez 2) Física 3) Mental 4) Visual 6) Outra (Anotar)

QUADRO 10: IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

83. DATA DE CHEGADA DO TITULAR NO ESTADO (MÊS/ANO)	
84. DATA DE CHEGADA DO TITULAR NO MUNICÍPIO ATUAL (MÊS /ANO):	
85. DATA DE CHEGADA DO TITULAR NO DOMICILIO ATUAL (MÊS /ANO):	
86. TIPO DE DOMICÍLIO: (RU) 1) CASA 2) APARTAMENTO 3) ALOJAMENTO 4) COMODO /QUARTO 5) BARRACO 6) OUTRO (ANOTE)	
87. TIPO DE MATERIAL USADO NA CONSTRUÇÃO: (RU) 1) MISTO 2) ALVENARIA C/ ACABAMENTO 3) ALVENARIA S/ ACABAMENTO 4) MADEIRA 5) TIJOLO BARRO CRU 6) LONA 7) OUTRO (ANOTE)	
88. TIPO DE CONJUNTO / AGRUPAMENTO HABITACIONAL: (RU) 1) ALOJAMENTO PROVISÓRIO 2) CONJUNTO HABITACIONAL 3) CORTIÇO 4) FAVELA 5) LOTEAMENTO POPULAR 6) HOTEL/ PENSÃO 7) BAIRRO 8) OUTRO (ANOTE)	
89. QUANTIDADE TOTAL DE CÔMODOS (NÃO CONSIDERAR BANHEIROS): (Considerar somente se tiver paredes dividindo os ambientes)	
90. QUANTIDADE DE DORMITÓRIOS (QUARTOS): (Anote ZERO, se não tiver paredes para os quartos)	
91. TIPO DA PROPRIEDADE NO DOMICÍLIO: (RU) 1) PRÓPRIA - JÁ PAGA 2) PRÓPRIA PAGANDO 3) ALUGADA 4) CEDIDA 5) OUTRO (ANOTE)	
92. PRESTAÇÃO DA CASA PRÓPRIA OU VALOR DO ALUGUEL: R\$ (despreze os centavos)	
93. TIPO DA PROPRIEDADE DO TERRENO DO DOMICÍLIO: (RU) 1) PRÓPRIO 2) CEDIDO 3) IRREGULAR 4) POSSE 5) OUTRO (ANOTE)	
94. TIPO DE CHEGADA DA ÁGUA: (RU) 1) REDE GERAL 2) POÇO OU NASCENTE 3) OUTRO (ANOTE)	
95. O BANHEIRO É DE USO: (RU) 1) UNIFAMILIAR 2) COLETIVO 3) Não tem banheiro 4) Outro (ANOTE)	
96. QUANTOS BANHEIROS TEM NA SUA CASA:	
97. O DESTINO DO ESGOTO É: (RU) 1) REDE GERAL DE ESGOTO OU PLUVIAL 2) FOSSA SÉPTICA 3) FOSSA RUDIMENTAR 4) VALA 5) RIO, REPRESA, LAGO 6) OUTRO (ANOTE)	
98. O DESTINO DO LIXO É: (RU) 1) COLETADO POR SERVIÇO DE LIMPEZA 2) COLOCADO EM CAÇAMBA 3) ENTERRADO NA PROPRIEDADE 4) JOGADO EM TERRENO BALDIO OU RUA 5) JOGADO NO RIO, REPRESA, LAGO 6) QUEIMADO NA PROPRIEDADE 7) OUTRO (ANOTE)	
99. A FORMA DE ILUMINAÇÃO É: (RU) 1) ELÉTRICA 2) GERADOR 3) SEM ILUMINAÇÃO 4) OUTRO (ANOTE)	
100. TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO: (RU) 1) ASFALTADO/ CALÇADO 2) CHÃO BATIDO 3) OUTRO (ANOTE)	
101. TIPO DE PISO: (RU) 1) CERÂMICA/ PEDRA 2) MADERIA 3) CONTRAPISO 4) TERRA BATIDA 5) MISTO (TERRA BATIDA E OUTRO 6) OUTRO (ANOTE)	

102. ALÉM DA SUA, QUANTAS FAMÍLIAS MAIS MORAM NO SEU DOMICÍLIO? (SE NÃO HOVER, ANOTE "ZERO")			
103. NA SUA CASA TEM QUANTO DOS SEGUINTE ITENS DE CONFORTO?			
ITENS	QUANTOS	ITENS	QUANTOS
1. TV EM CORES		11. FOGÃO	
2. RÁDIO		12. FORNO MICROONDAS	
3. AUTOMÓVEL		13. LIQUIDIFICADOR	
4. BANHEIRO		14. MÁQUINA DE COSTURA	
5. ASPIRADOR DE PÓ		15. MICROCOMPUTADOR	
6. MÁQUINA DE LAVAR (Tanquinho Não)		16. PIA DE COZINHA	
7. VIDEO CASSETE		17. TV PRETO E BRANCO	
8. GELADEIRA		18. DVD	
9. FREEZER (independente ou parte da geladeira duplex)		19. LINHA DE TELEFONE CELULAR	
10. APARELHO DE SOM		20. LINHA DE TELEFONE FIXA	

QUADRO 11: TRANSPORTE E COMUNICAÇÃO

104. QUAL É O MEIO DE TRANSPORTE /LOCOMOÇÃO QUE MAIS UTILIZA <MARCA NO MÁXIMO 2> 1) ÔNIBUS 2) BICICLETA 3) CARRO 4) TREM 5) A PÉ 6) METRÔ 7) OUTRO (ANOTE)
105. QUAL É O MEIO DE INFORMAÇÃO /COMUNICAÇÃO QUE A FAMÍLIA MAIS UTILIZA <MARCA NO MÁXIMO 2> 1) RADIO 2) TV 3) JORNAL 4) NENHUM 5) OUTRO (ANOTE)

QUADRO 12: SITUAÇÕES DE CONFLITO

106. HÁ IDOSOS INCAPAZES DE PROVER O PRÓPRIO SUSTENTO? 1) SIM 2) NÃO			
107. HÁ ADOLESCENTES EM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE:			
PRIVAÇÃO DE LIBERDADE (INTERNAÇÃO)?	1) SIM	2) NÃO	
SEMI-LIBERDADE?	1) SIM	2) NÃO	
LIBERDADE ASSISTIDA (LA)?	1) SIM	2) NÃO	
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE (PSC)?	1) SIM	2) NÃO	
108. HÁ PESSOAS NA FAMÍLIA NA CONDIÇÃO DE:	SIM	NÃO	QUANTOS?
EGRESSO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO?	1	2	
RECLUSO? (PRESO ATUALMENTE)	1	2	
DEPENDENTE QUÍMICO?	1	2	
ALCOOLISTA?	1	2	

QUADRO 13. REDE SOCIAL

Com que pessoas ou organizações o(a) Sr(a) conta _____: (por exemplo, pessoas da família, amigos, vizinhança ou instituições como igreja, serviços públicos e outros)

109. Para Resolver problemas de saúde?
110. Com dinheiro para viver?
111. Para alimentação?

123. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES/ PARECER/ OBSERVAÇÕES:

Indicadores que Compõem o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS
Subprefeitura de Jabaquara
2000

Indicadores	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social						Total
	1 – Nenhuma Vulnerabilidade	2 – Muito Baixa	3 – Baixa	4 – Média	5 – Alta	6 – Muito Alta	
População Total	39.742	55.573	73.126	17.349	9.180	19.017	213.987
Percentual da População	18,6	26,0	34,2	8,1	4,3	8,9	100,0
Domicílios Particulares	13.557	16.258	21.091	4.519	2.306	4.685	62.416
Tamanho Médio do Domicílio (em pessoas)	2,9	3,4	3,4	3,8	3,9	3,9	3,4
Responsáveis pelo Domicílio Alfabetizados (%)	99,3	96,6	94,5	89,6	88,6	80,3	94,5
Responsáveis pelo Domicílio com Ensino Fundamental Completo (%)	85,5	58,3	51,2	34,2	26,8	22,3	56,2
Anos Médios de Estudo do Responsável pelo Domicílio	12,1	8,4	7,5	5,7	5,1	4,4	8,3
Rendimento Nominal Médio do Responsável pelo Domicílio (em reais de julho de 2000)	2.861	1.309	998	585	475	375	1.388
Responsáveis com Renda de até 3 Salários Mínimos (%)	11,6	31,2	39,4	57,7	65,4	72,7	36,0
Responsáveis com Idade entre 10 e 29 Anos (%)	11,2	8,4	14,8	24,9	14,2	24,6	13,8
Idade Média do Responsável pelo Domicílio (em anos)	45	50	46	41	45	40	46
Mulheres Responsáveis pelo Domicílio (%)	30,6	32,6	31,8	34,5	29,4	34,6	32,0
Crianças de 0 a 4 Anos no Total de Residentes (%)	6,5	5,6	7,9	11,2	8,7	13,0	7,8

Fonte: IBGE. Censo Demográfico; Fundação Seade.

Nota: Foram excluídos os setores censitários sem informação devido ao sigilo estatístico.

Grupo 1 – Nenhuma vulnerabilidade: setores censitários em melhor situação socioeconômica (muito alta); os responsáveis pelo domicílio possuem os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos; é menor a presença de crianças pequenas e de moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado.

Grupo 2 – Vulnerabilidade muito baixa: setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.

Grupo 3 – Vulnerabilidade baixa: setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica; seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.

Grupo 4 – Vulnerabilidade média: setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica; encontrando-se em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas.

Grupo 5 – Vulnerabilidade alta: setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), situando-se entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6 – Vulnerabilidade muito alta: o segundo dos dois piores grupos em termos de dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pequenas, permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)