

Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica

Tharsila Martins Rios da Silva¹
Márcia Regina Martins Alvarenga²
Maria Amélia de Campos Oliveira³

Objetivo: caracterizar o perfil de famílias da área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde e identificar aquelas em situação de vulnerabilidade. Método: trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal e quantitativo. Foram realizadas 320 visitas domiciliares, definidas por uma amostra aleatória das áreas de abrangência do Posto Urbano-1, em São Sebastião, DF. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, elaborado a partir do Índice de Desenvolvimento da Família (IDF). Resultados: os resultados revelaram famílias jovens, com predomínio do sexo feminino e escolaridade baixa. O IDF permitiu identificar famílias em situação de vulnerabilidade grave e muito grave. As dimensões mais críticas foram: "acesso ao conhecimento" e "acesso ao trabalho". Conclusão: por meio deste o estudo sinalizou-se a importância de maiores investimentos na área da educação, trabalho e renda, e destacou-se a necessidade da utilização do conceito ampliado de vulnerabilidade pelos serviços de saúde.

Descritores: Família; Avaliação em Saúde; Vulnerabilidade; Atenção Primária à Saúde; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Assistência Integral à Saúde.

¹ Enfermeira, MSc, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil.

² PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil.

³ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

Evaluation of the vulnerability of families assisted in Primary Care in Brazil

Objective: to characterize the profiles of families in the area covered by a Primary Health Center and to identify those in a vulnerable situation. Method: this is an epidemiological, observational, cross-sectional and quantitative study. 320 home visits were made, defined by a random sample of the areas covered by the Urban Center 1 in the city of São Sebastião, in Brazil's Federal District. A structured questionnaire was used for data collection, elaborated based on the Family Development Index (FDI). Results: there was a predominance of young families, women, and low levels of schooling. The FDI permitted the identification of families in situations of "high" and "very high" vulnerability. The most critical dimensions were: "access to knowledge" and "access to work". Conclusion: the study indicated the importance of greater investments in the areas of education, work and income, and highlighted the need for the use of a wider concept of vulnerability by the health services.

Descriptors: Family; Health Evaluation; Vulnerability; Primary Health Care; Needs Assessment; Comprehensive Health Care.

Evaluación de la vulnerabilidad de familias asistidas en la Atención Básica

Objetivo: caracterizar el perfil de familias del área de abarcamiento de una Unidad Básica de Salud e identificar aquéllas en situación de vulnerabilidad. Método: Se trata de un estudio epidemiológico observacional, transversal y cuantitativo. Fueron realizadas 320 visitas domiciliarias definidas por una muestra aleatoria de las áreas de abarcamiento del Puesto Urbano-1 en São Sebastião, DF. Para recogida de datos, se utilizó un cuestionario estructurado, elaborado desde el Índice de Desarrollo de la Familia (IDF). Resultados: revelaron familias jóvenes, con predominio del sexo femenino y escolaridad baja. El IDF permitió identificar familias en situación de vulnerabilidad grave y muy grave. Las dimensiones más críticas fueron: □ acceso al conocimiento □ y □ acceso al trabajo □. Conclusión: el estudio señaló la importancia de mayores inversiones en el área de la educación, trabajo y renta, y destacó la necesidad de la utilización del concepto ampliado de vulnerabilidad por los servicios de salud.

Descriptores: Familia; Evaluación en Salud; Vulnerabilidad; Atención Primaria de Salud; Evaluación de Necesidades; Atención Integral de Salud.

Introdução

A vigilância em saúde é uma das importantes tarefas da Atenção Básica. Pressupõe o monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade. Sua finalidade é identificar as necessidades de saúde dessas famílias, com vistas à intervenção⁽¹⁻²⁾.

Ações de vigilância, entretanto, muitas vezes são negligenciadas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), quer porque tais equipes não contam com instrumentos e recursos necessários para identificar famílias, em situação de maior vulnerabilidade, quer

por falta de entendimento do conceito ampliado de vulnerabilidade, que diz respeito ao conjunto de aspectos que vão além do plano individual, pois relaciona planos coletivos e contextuais, resultando em suscetibilidade ao processo de adoecimento e que exigem ações que são respostas sociais⁽³⁾. Os avanços teóricos e metodológicos na área da saúde, em especial na saúde coletiva, nem sempre são imediatamente incorporados às práticas de saúde, o que, muitas vezes, resulta em lacunas, exigindo transformações e inovações na área da saúde⁽⁴⁾.

A relevância dos estudos relacionados à vulnerabilidade, principalmente para a área da

enfermagem, reside no fato de que a incorporação do conceito permite melhor compreensão dos determinantes dos processos de saúde e doença⁽⁵⁾.

Por outro lado, há necessidade de ampliar o conceito de vulnerabilidade para as questões sociais e para a essência de sua produção sem, entretanto, restringir sua abordagem aos aspectos individuais, uma vez que o alcance do conceito de vulnerabilidade está relacionado à integralidade nas ações dos serviços de saúde e à ampliação da compreensão dos fenômenos de saúde e doença⁽⁵⁾.

Se, por um lado, a concepção ampliada da vulnerabilidade, como um fenômeno complexo, caracterizado por questões psicológicas, culturais, econômicas, políticas, socialmente determinadas, contribui para melhor compreensão dos processos de saúde e doença, por outro, requer a utilização de instrumentos de trabalho e atividades que orientem a assistência para as necessidades de saúde da coletividade e do trabalho em saúde⁽⁴⁾.

Por meio deste estudo pretendeu-se contribuir para a identificação de famílias mais vulneráveis no contexto da Estratégia Saúde da Família. Teve como objetivos caracterizar o perfil de famílias da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família e identificar aquelas em situação de vulnerabilidade.

Sua justificativa decorre da necessidade de contribuir para a reorientação das ações em saúde, ainda fortemente marcadas pelo enfoque individual, por meio de recursos e estratégias de trabalho capazes de identificar e intervir em situações de vulnerabilidade que afetam as famílias, além subsidiar a reflexão crítica dos profissionais de saúde.

O conceito de vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade surgiu na área dos Direitos Humanos para designar "grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania"⁽⁶⁾. Foi amplamente discutido por pesquisadores e profissionais da área da saúde, a partir da epidemia da Aids. Na época, os estudos epidemiológicos relacionavam as chances de algumas pessoas ou de um determinado grupo populacional (os expostos) passar a pertencer ao grupo com agravos (os afetados), a partir de uma relação probabilística e matemática em que um determinado fenômeno, associado a outras variáveis, determinava a associação entre eventos patológicos ou não⁽⁷⁾.

Inúmeras críticas foram feitas por diferentes movimentos sociais a esse processo de inferência causal, relacionado à epidemiologia do risco, pois acirrava o preconceito e a discriminação contra determinados

grupos da sociedade, relacionados principalmente à orientação sexual, além de culpabilizar os indivíduos pelo adoecimento⁽⁷⁾. Assim, houve a necessidade de repensar a relação entre o risco e a Aids e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade que passou a ser utilizada para ampliar a compreensão sobre a Aids⁽⁵⁾. Na ótica da vulnerabilidade, a epidemia passou a ser interpretada como resultado da interação das dimensões individual, programática e social.

O conceito de vulnerabilidade está relacionado ao conjunto de aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos que podem resultar em suscetibilidades ao adoecimento, ou agravos à saúde⁽³⁾. Esses, por sua vez, não estão relacionados ao aspecto meramente individual, mas, também, aos aspectos coletivos e contextuais que envolvem questões sociais, políticas, culturais e econômicas⁽³⁻⁷⁾.

Ao aproximar aspectos individuais e coletivos, a vulnerabilidade exige integrar três eixos, que dizem respeito às relações entre as situações sociais, programáticas e suas interferências nas condições de vida e saúde dos indivíduos. Esses eixos podem ser definidos como vulnerabilidade individual, social e programática⁽⁷⁾.

A vulnerabilidade individual é compreendida como o grau e a qualidade das informações de que dispõem as pessoas, a capacidade que têm de elaborar essas informações e incorporá-las ao cotidiano e o interesse de aplicá-las na prática. A vulnerabilidade social está relacionada à obtenção de informação, ao conteúdo e ao significado dessa informação, bem como à capacidade de colocá-la em prática. Relaciona-se aos aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Já a vulnerabilidade programática é entendida como a análise da capacidade de resposta de programas e instituições às condições socialmente dadas de vulnerabilidade⁽⁷⁾.

A concepção de vulnerabilidade utilizada neste estudo é a que interliga os aspectos individual, social e programático, considerando as práticas de saúde como social e historicamente determinadas, tendo como eixo norteador a determinação social dos processos de adoecimento.

Assim, ao se considerar que a vulnerabilidade está compreendida nos planos individual, social e programático, remete-se à necessidade de mobilizar outras estruturas que não estão restritas à dimensão singular dos serviços de saúde, ou seja, são exigidas ações de intersetorialidade. Alguns autores destacam a importância de mobilizar setores da educação, trabalho, bem-estar social, jurídico e cultural como respostas que visam a redução da vulnerabilidade⁽⁷⁾.

Material e Método

Trata-se de estudo epidemiológico observacional, transversal e de abordagem quantitativa. Foi realizado na área de abrangência da Unidade ESF Posto Urbano 1, composta pelas equipes Bosque 1 e Vila Nova 2, da cidade satélite de São Sebastião do Distrito Federal. O Distrito Federal localiza-se na região Centro-Oeste do Brasil e tem como capital a cidade de Brasília, localizada a aproximadamente 26km da cidade de São Sebastião, local deste estudo.

Adotou-se o conceito de família do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no qual a família é definida como "um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que reside na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que mora só numa unidade domiciliar"⁽⁸⁾. Foi adotada neste estudo, pois permite avaliar as situações de vulnerabilidade das famílias que convivem na mesma residência, o que facilitou a coleta de dados. Esse conceito relaciona-se ao adotado pela ESF, que considera o domicílio como um espaço social e histórico, onde são construídas as relações familiares⁽⁹⁾.

A população do estudo foi constituída por 1.849 famílias cadastradas nas áreas de abrangência das duas equipes da ESF Posto Urbano 1, que se incumbem de cinco microáreas cada uma. Essas informações foram retiradas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Unidade Básica de Saúde em questão.

Para a coleta de dados, foi definida uma amostra de 320 famílias, por meio do método de amostragem aleatória simples, que utiliza estimativas da proporção populacional e é usado quando há um cadastro disponível, ou seja, a população é finita⁽¹⁰⁾. Levou-se em consideração um erro amostral de 5%, que permite definir intervalos de confiança de 95%⁽¹⁰⁾. A utilização de uma amostra implica aceitar que existe uma margem de erro, uma vez que a amostra não representa perfeitamente as características da população estudada⁽¹⁰⁾.

Para a coleta de dados, foi realizado um sorteio aleatório das famílias cadastradas no Sistema de Monitoramento da Atenção Básica (SIAB) e que compunham a amostra definida. O SIAB está presente em todas as equipes de ESF na cidade de São Sebastião, DF, e todos os profissionais da equipe têm acesso ao sistema para alimentar as informações, bem como para utilizá-las para possíveis intervenções nas práticas de saúde. Para facilitar a coleta de dados, as famílias sorteadas foram separadas em suas respectivas microáreas.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2010 a fevereiro de 2011, por meio de entrevistas

realizadas por uma das pesquisadoras, nos domicílios das famílias, com a colaboração de agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem da unidade de saúde. Esses profissionais acompanhavam a pesquisadora, a fim de facilitar sua apresentação às famílias, pois conheciam as famílias cadastradas.

Os critérios de inclusão foram: famílias cadastradas nas equipes da ESF, e e o entrevistado deveria ter idade maior ou igual a 18 anos, no momento da visita. Os critérios de exclusão foram: famílias não encontradas no primeiro momento da visita e integrantes das famílias que se recusassem a participar da entrevista.

Tendo em vista as exigências da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Após aprovação pelo Comitê, sob Protocolo nº313/10, foi solicitada a cada participante a autorização livre e esclarecida para responder um questionário estruturado que levava em consideração os diferentes estágios de desenvolvimento das famílias, bem como condições que impactam o processo saúde/doença familiar. Essas informações foram importantes para a relação com a vulnerabilidade, pois a presença de crianças, adolescentes e idosos acarretaria a necessidade de maior atenção à família, podendo influenciar a vulnerabilidade familiar. O mesmo ocorria em relação às condições de vida da família como, por exemplo, a presença no domicílio de água tratada, coleta de lixo e energia elétrica.

A entrevista ocorreu no domicílio da família sorteada, tendo sido entrevistado um integrante da família que preenchia os critérios de inclusão. Foi realizada por uma das pesquisadoras e as informações coletadas foram registradas em papel no momento da entrevista.

Para identificar famílias em situação de vulnerabilidade, utilizou-se o Índice de Desenvolvimento da Família (IDF)⁽¹¹⁾. O IDF é um indicador sintético calculável para cada família e que pode ser aplicado a qualquer grupo demográfico, como famílias chefiadas por mulheres, negros ou idosos.

A concepção de vulnerabilidade adotada neste estudo mostrou-se mais próxima à proposta do IDF, uma vez que procurou relacionar os aspectos singulares das famílias, saindo do plano individual, com os aspectos coletivos e contextuais nos quais as famílias estavam inseridas.

O instrumento foi construído a partir de informações do questionário básico da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Sua composição original é constituída por seis dimensões, 26 componentes e 48 indicadores. As seis dimensões obtidas, a partir do questionário básico da PNAD, e que estão relacionadas às condições de vida das famílias são: *ausência de vulnerabilidade* (caracterizada

pelo volume adicional de recursos que a família necessita para satisfazer suas necessidades básicas como, por exemplo, recursos necessários para atender a demanda de gestantes, crianças e idosos); *acesso ao conhecimento; acesso ao trabalho; disponibilidade de recursos; desenvolvimento infantil e condições habitacionais*⁽¹¹⁾.

De acordo com a proposta do IDF, esse permite acrescentar ou retirar indicadores, bem como atribuir pesos de acordo com as preferências sociais, devendo provir do debate com a sociedade⁽¹¹⁾. Nesse sentido, tendo em vista a ampliação das informações relativas à situação de vulnerabilidade das famílias, foram feitas algumas adaptações no IDF proposto, com base em discussões no grupo de pesquisa, que resultou na necessidade de construir um novo instrumento. Houve acréscimos e retirada de componentes e indicadores, mas as dimensões foram preservadas. Essas modificações foram realizadas para maior aproximação à concepção de vulnerabilidade adotada neste estudo.

Na análise dos dados foi utilizado o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 17, no qual foram considerados os indicadores e componentes definidos após as modificações e as dimensões do IDF. Cada indicador correspondeu a uma pergunta do questionário IDF, respondida com “sim” ou “não”. Cada resposta considerada como algo positivo para a família recebeu pontuação 1; respostas negativas para o desenvolvimento da família não foram pontuadas.

O indicador sintético foi construído a partir de perguntas disponíveis no Censo, organizado considerando os eixos norteadores, ou assuntos abordados, e seus respectivos componentes, que, por sua vez, são organizados em dimensões⁽¹¹⁾.

O indicador sintético de cada componente resultou da média aritmética das variáveis utilizadas para representar os componentes de cada dimensão. Da mesma forma, o indicador sintético de cada dimensão foi a média aritmética de seus respectivos componentes. Assim, o IDF total foi calculado a partir da média aritmética dos indicadores sintéticos das dimensões que o compõem⁽¹²⁾.

Os pontos de corte, propostos pelos autores do IDF, para classificar as famílias em vulnerabilidade são: muito grave (IDF abaixo de 0,50), vulnerabilidade grave (IDF entre 0,50 e 0,67) e situação aceitável (IDF acima de 0,67)⁽¹¹⁾.

A relação da organização aritmética dos indicadores e da classificação da vulnerabilidade das famílias relaciona-se ao conceito de vulnerabilidade adotado neste estudo, pois é uma forma de operacionalizar e resumir em um número as questões relativas aos contextos aos quais as famílias estão inseridas.

Resultados

Nos resultados estão apresentados o perfil das famílias, objeto do estudo.

Perfil sociodemográfico das famílias

As famílias entrevistadas apresentaram, em média, quatro integrantes, totalizando 1.252 membros. Dentre os membros das famílias, observou-se predominância do sexo feminino (52,8%), idade média de 27 anos, mediana de 25 anos, variando de zero a 89 anos, com desvio-padrão de 18,2 anos, que aponta para a não homogeneidade na idade entre os membros. A cor declarada predominante na família foi parda (60,8%) e predominou a situação conjugal solteira (58,9%). Além disso, foi observado que havia baixa escolaridade entre os membros das famílias, com predomínio do ensino fundamental incompleto (40,0%). A maioria dos membros das famílias é proveniente da região Centro-Oeste (46,7%).

Para compor a renda familiar mensal, necessária para a classificação em extrema pobreza ou pobreza, classificações necessárias para a composição do IDF, uma vez que correspondem cada uma a um indicador, investigou-se a renda mensal de cada integrante da família. Além das atividades remuneradas, foram incluídos auxílios do governo, transferências de renda, pensão alimentícia, entre outras. A maioria dos integrantes das famílias (48,6%) não tinha renda, aí incluídos as crianças e os idosos que não recebiam benefícios sociais.

Foram identificadas 27 (8,4%) famílias abaixo da linha da extrema pobreza (renda familiar *per capita* abaixo de $\frac{1}{4}$ de SM), 71 (22,2%) abaixo da linha da pobreza (renda familiar *per capita* abaixo de $\frac{1}{2}$ SM) e as 222 (69,4%) restantes, acima da linha da pobreza (renda familiar *per capita* acima de $\frac{1}{2}$ SM)

Os resultados apontaram que nas famílias predominaram chefes do sexo masculino (174 ou 54,4%), dos quais 158 (90,8%) eram casados, ou viviam maritalmente com o cônjuge em união estável. Vale destacar que esses não necessariamente eram os entrevistados, mas que o entrevistado indicava quem era o chefe da família.

Índice de Desenvolvimento da Família

O IDF foi aplicado a cada família entrevistada. Considerando os pontos de corte propostos, dentre as 320 famílias entrevistadas, cinco (1,6%) encontravam-se em situação de vulnerabilidade muito grave, 47 (14,7%) em situação grave e as 268 (83,7%) restantes, em situação aceitável⁽¹¹⁾.

O IDF geral das famílias resulta da média aritmética dos indicadores sintéticos de cada dimensão e revela o grau de vulnerabilidade do grupo familiar. Neste estudo, o IDF geral foi 0,77, ou seja, situação aceitável, sendo que o menor índice foi de 0,39, o máximo de 0,99 e mediana de 0,78 (DP=0,11). A medida é um dado importante uma vez que representa homogeneidade nas médias, considerada pela classificação estabelecida como aceitável. Já o desvio-padrão, que se mostrou baixo, indica que não há discrepância de valores entre

as médias, ou seja, as famílias apresentam-se de forma similar no IDF.

Também foram calculados os indicadores sintéticos de cada dimensão, que são a média aritmética de seus respectivos componentes, para que fosse possível obter visão macro da realidade das famílias. Trata-se de uma visão geral, a partir das dimensões propostas pelo IDF⁽¹¹⁾, sobre a realidade das famílias entrevistadas. A Tabela 1, a seguir, apresenta os indicadores sintéticos de cada dimensão.

Tabela 1 – Estatística descritiva das dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília, DF, Brasil, 2011

Dimensões	Índice	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Ausência de vulnerabilidade	0,78	0,44	1,00	0,78	0,12
Acesso ao conhecimento	0,60	0,00	1,00	0,75	0,20
Acesso ao trabalho	0,64	0,00	1,00	0,67	0,22
Disponibilidade de recursos	0,79	0,00	1,00	1,00	0,30
Desenvolvimento infantil	0,94	0,67	1,00	1,00	0,08
Condições habitacionais	0,86	0,38	1,00	0,88	0,13

Nenhuma das seis dimensões propostas pelo IDF alcançou grau de vulnerabilidade muito grave, porém, duas destacaram-se como situação grave, pois obtiveram índice menor que 0,67: *acesso ao conhecimento* e *acesso ao trabalho*, com índices de 0,60 e 0,64, respectivamente.

A dimensão que apresentou o índice mais elevado foi a do *desenvolvimento infantil*. É possível observar que o desvio-padrão também foi baixo, o que evidencia homogeneidade entre as famílias nesse aspecto.

Mesmo com o IDF geral indicando grau de vulnerabilidade aceitável, cinco famílias apresentaram situação de vulnerabilidade muito grave em três das

seis dimensões: *acesso ao conhecimento*, *acesso ao trabalho* e *disponibilidade de recursos*, e vulnerabilidade grave na dimensão *ausência de vulnerabilidade*. Outras 47 famílias apresentaram vulnerabilidade muito grave em três dimensões *acesso ao conhecimento*, *acesso ao trabalho* e *disponibilidade de recursos*. Já as 268 famílias classificadas em situação de vulnerabilidade aceitável apresentaram vulnerabilidade grave na dimensão *acesso ao conhecimento*.

Nas dimensões *desenvolvimento infantil* e *condições habitacionais*, a vulnerabilidade foi aceitável para as 320 famílias. Na Tabela 2 é possível visualizar a síntese dessas informações.

Tabela 2 – Indicador sintético das famílias nas dimensões do IDF, de acordo com o grau de vulnerabilidade. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília, DF, Brasil, 2011

Dimensões	Famílias		
	Vulnerabilidade muito grave (n=5)	Vulnerabilidade grave (n= 47)	Vulnerabilidade aceitável (n= 268)
Ausência de vulnerabilidade	0,61	0,71	0,79
Acesso ao conhecimento	0,33	0,43	0,64
Acesso ao trabalho	0,17	0,39	0,70
Disponibilidade de recursos	0,00	0,37	0,88
Desenvolvimento infantil	0,86	0,91	0,95
Condições habitacionais	0,76	0,79	0,87

Caracterização das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave

Foram identificadas cinco famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, com o total de 20 pessoas. Os integrantes das famílias eram predominantemente

jovens, com média de 29 anos (desvio-padrão=22,8 anos) e mediana de 17 anos. Também houve predominância do sexo feminino (60,0%), da cor parda (75,0%), solteira era a situação conjugal informada (75,0%).

A maioria das pessoas havia nascido no Centro-Oeste (45,0%) e tinha baixa escolaridade, 60,0% com ensino

fundamental incompleto e nenhum integrante apresentava o ensino médio completo. Treze pessoas (65%) não tinham renda, aí incluídas as crianças. As sete restantes (35%) recebiam menos de um salário-mínimo, caracterizando situação de extrema pobreza dessas famílias.

As famílias em situação de vulnerabilidade muito grave apresentaram índice também muito grave, ou seja, menor que 0,50, nas dimensões *disponibilidade de recursos*, *acesso ao trabalho* e *acesso ao conhecimento*, com índices de 0,0, 0,17 e 0,33, respectivamente. Além disso, apresentaram vulnerabilidade grave na dimensão *ausência de vulnerabilidade*, com índice de 0,61, pois o índice situou-se entre 0,50 e 0,67. Já as dimensões que apresentaram situações aceitáveis foram *desenvolvimento infantil* e *condições habitacionais*, com índices de 0,86 e 0,76, respectivamente.

Caracterização das famílias em situação de vulnerabilidade grave

Foram identificadas 47 famílias em situação de vulnerabilidade grave, com o total de 217 pessoas. Nessas famílias, também houve predominância do sexo feminino (54,4%) e de jovens. A idade variou de quatro meses a 80 anos, com média de 24 anos (desvio-padrão=18,4 anos) e mediana de 17 anos.

A situação conjugal predominante foi solteira (71,0%). Também foi identificada baixa escolaridade com 48,8% dos integrantes com ensino fundamental incompleto, porém, havia mais indivíduos com ensino médio concluído (5,5%) que nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, porém, não havia ao menos um integrante com ensino superior completo.

A maioria das pessoas havia nascido na região Centro-Oeste (55,8%), não dispunha de renda (61,8%), ou recebia entre um e dois salários-mínimos (13,8%). Apenas uma (5,0%) recebia entre dois e três salários-mínimos.

Em relação às dimensões do IDF, as famílias classificadas em vulnerabilidade grave apresentaram situação de vulnerabilidade muito grave nas dimensões *disponibilidade de recursos*, *acesso ao trabalho* e *acesso ao conhecimento*, com índices de 0,37, 0,39 e 0,43, respectivamente. Por outro lado, essas famílias apresentaram situação aceitável nas dimensões *ausência de vulnerabilidade*, *desenvolvimento infantil* e *condições habitacionais*, com índices de 0,71, 0,91 e 0,79, respectivamente.

Discussão

De forma geral, as famílias entrevistadas apresentaram situação aceitável de vulnerabilidade, tendo

como referência os pontos de corte estabelecidos neste estudo, para a classificação dos graus de vulnerabilidade. Porém, duas dimensões do IDF destacaram-se naquelas em situação de vulnerabilidade grave: o *acesso ao conhecimento* e o *acesso ao trabalho*.

A dimensão *acesso ao conhecimento* está relacionada à presença de analfabetismo na família e ao grau de instrução de seus membros. Já a dimensão *acesso ao trabalho*, considera que ter acesso aos meios é tão importante quanto ter oportunidade de utilizá-los para satisfazer necessidades. Diz respeito à oportunidade que as pessoas dispõem para utilizar sua capacidade produtiva na sociedade⁽¹¹⁾.

As dimensões indicadas em situação de vulnerabilidade grave agregam informações relativas ao analfabetismo e ao nível de escolaridade na família, bem como à disponibilidade, à qualidade dos postos de trabalho e à remuneração correspondente⁽¹¹⁾. Chamaram a atenção das autoras deste estudo a consolidação de políticas públicas voltadas para o acesso ao conhecimento e ao trabalho, condições também observadas em outros estudos⁽¹²⁾.

Em relação à dimensão *acesso ao conhecimento*, o Censo 2010⁽¹³⁾ aponta que há desigualdade entre os mais ricos e os pobres na taxa de escolarização líquida, quando comparada pelos quintos do rendimento mensal *per capita* familiar que diz respeito à renda total da família, dividida pelo número dos integrantes⁽¹³⁾. O *acesso ao conhecimento* é uma dimensão do IDF que relaciona a baixa escolaridade à situação de vulnerabilidade das famílias entrevistadas.

Por exemplo, de acordo com o Censo 2010, no primeiro quintil (os 20% mais pobres), 32% dos jovens entre 15 e 17 anos estavam no ensino médio, enquanto que, no último (os 20% mais ricos) essa proporção subia para 78% dos jovens, o que reforça a importância da renda familiar no contexto educacional⁽¹³⁾.

Além de relacionar educação à renda, o Censo 2010⁽¹³⁾ apontou para crescimento no acesso à educação. De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios - PNAD, entre 1999 e 2009 houve aumento de 23,3% para 38,1% na taxa de escolarização de crianças, entre zero a cinco anos de idade. Da mesma forma, praticamente todas as crianças de seis a 14 anos de idade estavam frequentando a escola desde 1990, enquanto que também houve aumento na progressão de crianças que frequentavam a escola: 14,8% para crianças de zero a cinco anos e 6,7% para crianças de 15 a 17⁽¹³⁾.

Com o aumento observado no acesso à educação, era de se esperar que o IDF na dimensão *acesso ao conhecimento* estivesse em situação aceitável, pois se há

um aumento no acesso à escola pode-se esperar melhorias nas condições de educação dos membros das famílias. Contudo, essa situação não foi identificada tanto no presente estudo quanto em outros estudos que abordaram o mesmo assunto⁽¹¹⁻¹²⁾. A referida dimensão apresentou resultado indicativo de situação de vulnerabilidade grave, o que indica a necessidade de melhoria da qualidade da educação.

O estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA mostra que a renda não altera diretamente a frequência escolar das pessoas no ensino fundamental, mas relaciona-se à permanência, ao desempenho e à progressão escolar. Os mais pobres apresentam índices de evasão e repetência maiores que os mais ricos. Dessa forma, essa condição reforça que, além de garantir o acesso, é necessário realizar fortes investimentos na qualidade da educação, já que a educação traz oportunidades de erradicação da pobreza e redução das iniquidades sociais e, portanto, relaciona-se ao desenvolvimento do país⁽¹⁴⁾, uma vez que a educação é uma das formas de reduzir as vulnerabilidades das famílias.

Em relação à dimensão *acesso ao trabalho*, a falta de rendimentos seguros e regulares favorece a situação de vulnerabilidade das famílias. A inserção precária no trabalho leva à exclusão dos benefícios sociais, em comparação com os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho⁽¹⁵⁾. Essas condições associam-se às situações de vulnerabilidade das famílias, pois rendimentos seguros e regulares garantem à família meios de satisfazer suas necessidades e a relação com o trabalho é uma forma na qual a pessoa pode utilizar a sua capacidade produtiva⁽¹¹⁾.

As dimensões que foram bem avaliadas, ou seja, que apresentaram vulnerabilidade aceitável, com IDF maior que 0,67, foram: *desenvolvimento infantil*, seguida de *condições habitacionais*, *disponibilidade de recursos* e *ausência de vulnerabilidade*.

A dimensão do *desenvolvimento infantil*, por ter apresentado o melhor desempenho, indica que as crianças estão inseridas no contexto escolar, não exercem atividades remuneradas e que a mortalidade infantil é baixa, situação também observada em outro estudo⁽¹²⁾. Essa dimensão pode ter apresentado bom desempenho em razão do acesso ao ensino fundamental estar garantido em lei, o que exige do Estado a garantia do acesso à escola para crianças e adolescentes, e de algumas famílias receberem auxílios do governo que, em contrapartida, exige a manutenção das crianças nas escolas e que não exerçam atividades remuneradas⁽¹⁴⁾.

Apesar de a dimensão *condições habitacionais* ter apresentado bom desempenho no IDF, o Censo 2010 constatou que os serviços de saneamento, como água

tratada em rede geral, esgoto sanitário em rede geral e coleta de lixo diária (condições básicas para uma moradia digna) estão presentes em 62,6% dos domicílios urbanos brasileiros, indicando que ainda há necessidade de oferta para o restante da sociedade⁽¹³⁾.

A *disponibilidade de recursos* também foi uma das dimensões que alcançou IDF aceitável. Isso significa que, de forma geral, as famílias entrevistadas estavam acima da linha da pobreza e que a maior parte dos seus recursos não advinha de transferências do governo.

A dimensão *ausência de vulnerabilidade*, relacionada à presença de crianças, idosos e cônjuges, foi classificada em situação aceitável no IDF geral das famílias. Porém, a presença de crianças e a ausência do cônjuge contribuíram para que o índice não fosse mais alto.

A análise do IDF permitiu observar que as dimensões acesso ao conhecimento e acesso ao trabalho estão correlacionadas. Se não há boa remuneração ou bons rendimentos advindos do trabalho, as oportunidades para acesso à educação são diminuídas. Da mesma forma, se há baixa escolaridade, a oportunidade para aceder a bons postos de trabalho também fica comprometida.

Além disso, foi possível observar a necessidade de atenção e respostas de intervenção nas áreas relacionadas à educação, trabalho e renda, principalmente para as famílias em situação de vulnerabilidade grave e muito grave, exigindo ações de intersectorialidade e multidisciplinaridade para as respostas em intervenção.

Considerações finais

O estudo permitiu caracterizar as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave e grave que, por sua vez, apresentaram necessidades nas áreas de educação, trabalho e renda. Essas condições estavam associadas à situação de pobreza, desigualdades sociais e ao ciclo entre escolaridade baixa, pouca ou nenhuma qualificação para o trabalho e remuneração abaixo da linha da pobreza, o que reforça a importância da proteção social a essas famílias.

Destaca-se a importância para a utilização do conceito ampliado de vulnerabilidade nos serviços de saúde, que diz respeito ao conjunto de aspectos relacionados aos planos coletivos e contextuais das famílias que necessitam de respostas sociais, pois se encontram mais suscetíveis aos processos de adoecimento, a fim de se adquirir um olhar diferenciado para as necessidades dessas famílias e em prol de respostas mais efetivas às suas necessidades de saúde.

Espera-se que este estudo represente uma contribuição para a enfermagem, em especial na área da saúde coletiva, uma vez que apresenta estratégia para o

reconhecimento de famílias em situação de vulnerabilidade e suas necessidades, tendo como propósito orientações para ações que respondam, de forma integral, às necessidades dessas famílias.

Referências

1. Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante da atenção à criança no Programa Saúde da Família. In: Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. Promoção da Saúde da Criança. São Paulo; 2009. p. 29-42.
2. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):533-9.
3. Muñoz-Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento científico em Saúde Coletiva? Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):319-24.
4. Nakamura E, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Chiesa AM, Takahashi RF. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. março-abril 2009;17(2):253-8.
5. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. set-out 2008;16(5):923-8.
6. Ayres JRJM, França I Jr, Calazans GJ, Salleti HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará; 1999. p. 51.
7. Ayres JRJM, Calazans GJ, Salleti HC Filho, França I Jr. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos et al, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo (SP): Hucitec: Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008. p. 375-417.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de trabalho e rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2008. Rio de Janeiro; 2009.
9. Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP. set 2000;34(3):233-9.
10. Levine DM, Bereson ML, Stephan D. Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português. Rio de Janeiro (RJ): LTC; 2000.
11. Carvalho M, Barros RP, Franco S. Índice de desenvolvimento da família. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. Família: redes e, laços e políticas. São Paulo (SP): Instituto de Estudos Especiais/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007. p. 241-65.
12. Najar AL, Baptista TWF, Andrade CLT. Índice de desenvolvimento da família: uma análise comparativa em 21 municípios do estado do Rio de Janeiro. Brasil (BRA): Cad Saúde Pública. 2008;24(1):134-47.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Número 27. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2010.
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasil: o estado de uma nação – Estado, crescimento e desenvolvimento: a eficiência do setor público no Brasil, 2007. Brasília: IPEA; 2008.
15. Ferreira MP, Dini NP, Ferreira SP. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do estado de São Paulo: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVVS. São Paulo em Perspect. jan-mar 2006;20(1):5-17.

Recebido: 21.9.2011

Aceito: 14.9.2012

Como citar este artigo:

Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2012 [acesso em: / /];20(5):[09 telas]. Disponível em: _____

URL

dia
mês abreviado com ponto
ano