

Famílias vulneráveis: desafio para a Estratégia saúde da família.

Grupo de Trabalho: Desigualdade, vulnerabilidade e exclusão social. Descritor: GT 8.

Tharsila Martins Rios da Silva. Enfermeira, Mestre, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil.

Márcia Regina Martins Alvarenga. PhD, Professor Doutor, Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Brasil.

Maria Amélia de Campos Oliveira. PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

Este estudo teve como objeto famílias em situação de vulnerabilidade assistidas por Equipes de Saúde da Família. Os objetivos foram identificar e caracterizar o perfil das famílias classificadas em situação de vulnerabilidade grave e muito grave da área de abrangência de duas ESF na cidade de São Sebastião, localizada no Distrito Federal, região Centro-oeste do Brasil. Tratou-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal e quantitativo. Foi aplicado um questionário estruturado, adaptado do Índice de Desenvolvimento da Família. Das 320 famílias entrevistadas, 47 (14,7%) estavam em situação de vulnerabilidade grave e 5 (1,6%) em situação de vulnerabilidade muito grave. Os resultados apontaram o predomínio de indivíduos com baixa escolaridade e famílias na linha da pobreza. Ressaltou-se a necessidade de investimento nas áreas de educação e trabalho da renovação das práticas dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Famílias; Atenção Primária.

1. INTRODUÇÃO

Durante duas décadas, o Brasil viveu um período de ditadura militar, marcado pelo controle abusivo sobre as decisões políticas, econômicas e sociais no País. Nesse período, a assistência à saúde caracterizou-se pelo predomínio do modelo curativo, voltado à doença e com valorização do setor privado. Ao Ministério da Saúde cabia a responsabilidade de ações de saúde com caráter coletivo, como a vacinação, por exemplo, ou aquelas voltadas aos mais marginalizados da sociedade (Salum, Bertolozzi, & Oliveira, 1999).

Diante deste cenário, setores da sociedade organizaram-se e, inspirados por ideais democráticos e de justiça social, formaram um movimento denominado Reforma Sanitária, que buscava melhores condições de vida para toda a população, por meio da garantia da saúde (Bertolozzi, 1996).

Esse movimento sanitário culminou na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e, no artigo 196 da Constituição Federal brasileira, a saúde passou a ser regulamentada como direito de todos e dever do Estado. A proposta do SUS foi organizada tendo como eixo norteador o acesso aos serviços de saúde, organizados de forma regionalizada, hierarquizada, integral e com valorização da participação social. O SUS tem como princípios da universalidade, integralidade, participação social, e como diretrizes, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a resolubilidade nos diferentes níveis de atenção em saúde (Brasil, 2003).

Dentre as conquistas advindas do SUS pode-se citar o reconhecimento dos determinantes sociais em saúde nos modos de viver da sociedade. Em outras palavras, pode-se citar que uma das conquistas do SUS é a compreensão de que a saúde é inseparável do desenvolvimento econômico e social e que, para responder as necessidades em saúde da população, faz-se necessário o enfrentamento dos determinantes sociais (Giovanella, 2009).

A despeito dessas conquistas, no modelo assistencial em saúde brasileiro ainda persistem a fragmentação e a falta de coordenação das políticas em saúde, o que resulta em baixa integração do cuidado, práticas assistenciais individualizadas, verticalizadas e curativas (Mattos, 2001).

Assim, em 1994 o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente recebeu o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF), por entender que o termo estratégia explica melhor a busca pela reorganização da saúde brasileira. A ESF busca reorientar a saúde do Brasil, superando os limites da assistência individual e curativa ao eleger a família como objeto de atenção. O modelo assistencial proposto pela ESF pretende ir além dos muros da unidade de saúde, avançando para os espaços onde as pessoas vivem e relacionam-se, buscando identificar as necessidades e os problemas de saúde das famílias (Brasil, 1997).

De acordo com os últimos números informados, até 2009 o Brasil implantou 30.328 ESF em 5.251 municípios, o que garante cobertura populacional de 50,7%, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas (Brasil, 2009).

Entretanto, as equipes de ESF ainda carecem de conhecimentos precisos sobre necessidades em saúde, bem como estratégias para identificar situações de vulnerabilidade a que tais famílias estão expostas, seja por falta de entendimento quanto ao conceito ampliado de necessidades em saúde e vulnerabilidade, seja por falta de instrumentos necessários para tal identificação.

Assim, este estudo teve como objeto de pesquisa as famílias assistidas por equipes de ESF na cidade de São Sebastião, localizada no Distrito Federal, região Centro-oeste do Brasil, e como objetivos, identificar e caracterizar o perfil das famílias classificadas em vulnerabilidade grave e muito grave assistidas por equipes da ESF.

1.1 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” (Ayres, 1999, p. 51).

Compreender o conceito da vulnerabilidade implica diferenciá-lo do conceito o risco. O conceito de risco está relacionado à Epidemiologia Clássica em que um determinado fenômeno é isolado, decomposto em partes, discriminado e relacionado à chance matemática de pertencer a um determinado grupo. Em outras palavras, o risco representa a probabilidade de um indivíduo qualquer pertencer a um grupo identitário (grupo dos expostos), venha a pertencer, também, a outro grupo com identidade própria (grupo dos afetados) (Ayres, 2003).

Já a vulnerabilidade integra aspectos individuais e coletivos ao relacionar três eixos que dizem respeito a situações sociais, programáticas e suas interferências nas condições de vida e saúde. Resulta do conjunto de determinações que atua sobre o processo de adoecimento ou de agravos a saúde (Muñoz-Sánchez & Bertolozzi, 2007).

A vulnerabilidade é, portanto, a busca pela “síntese” em que elementos dos planos mais abstratos e teóricos são trazidos para o plano mais concreto e particularizado da determinação social, em que há a necessidade do conhecimento da relação das partes com o todo para a intervenção sobre a suscetibilidade dos indivíduos aos processos de adoecimento (Ayres, 2003).

A vulnerabilidade pode ser individual, social ou programática. A individual pode ser entendida como o grau e a capacidade e o interesse que as pessoas têm de elaborar as informações recebidas com qualidade e incorporá-las no cotidiano. A vulnerabilidade social diz respeito ao acesso à informação, ao conteúdo e o significado dessa informação, bem como a capacidade de colocá-la em prática. Relaciona-se com aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Já a vulnerabilidade programática pode ser compreendida como a capacidade de respostas de programas e instituições às condições socialmente vulneráveis (Ayres, 2008).

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal e quantitativo. Utilizou-se um questionário estruturado, adaptado do Índice de Desenvolvimento da Família (IDF), para entrevistar as famílias da área de abrangência das equipes de ESF Bosque 1 e Vila Nova 2, localizadas no Posto Urbano 1 da cidade de São Sebastião, Região Administrativa do Distrito Federal, localizada no Centro-Oeste do Brasil.

No total, havia 1.849 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) das equipes de ESF Bosque 1 e Vila Nova 2. A amostra foi definida por meio de uma amostragem aleatória simples, tipo de amostragem utiliza estimativas da proporção populacional e é usado quando a população de estudo é finita. Resultando em 320 famílias a serem entrevistadas, sendo que a margem de confiança foi de 95% (Levine, Bereson, & Stphan, 2000).

O conceito de família utilizado foi o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que família é “*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*” (IBGE, 2009, p. 28).

Para a entrevista, foram realizadas visitas domiciliárias às famílias sorteadas, acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares de enfermagem. As visitas eram realizadas de acordo com cada microárea do território de abrangência das equipes. Cada equipe contava com cinco microáreas, sendo que cada uma era representada por um Agente Comunitário de Saúde.

Como critério de inclusão foram considerados: famílias cadastradas no SIAB das duas equipes de ESF e que, no momento da entrevista, o entrevistado tivesse idade igual ou superior a 18 anos. Já o critério de exclusão foi: famílias não encontradas na primeira tentativa de visita domiciliar ou que se recusassem a participar da pesquisa.

O questionário foi adaptado do Índice de Desenvolvimento da Família (IDF), uma proposta de Carvalho, Barros e Franco (2007) para a análise da vulnerabilidade das famílias. O IDF foi criado a partir da tentativa de superar algumas limitações de outros indicadores utilizados para sintetizar as dimensões da pobreza, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), por exemplo. O IDH utiliza unidades geográficas para a análise, o que não permite dissociar os resultados encontrados para grupos sociais ou famílias (Carvalho et al., 2007).

Neste sentido, o IDF pode ser usado para sintetizar indicadores de qualquer grupo demográfico, uma vez que, por ser construído a partir de informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), é dividido em dimensões, componentes e indicadores, garantindo flexibilidade para sintetizar as informações.

Ao todo, o IDF é composto por seis dimensões, 26 componentes e 48 indicadores. As dimensões avaliadas foram: *ausência de vulnerabilidade; acesso ao conhecimento; acesso ao trabalho; disponibilidade de recursos; desenvolvimento infantil; e condições habitacionais* (Carvalho et al., 2007).

Para a análise das informações, cada indicador corresponde a uma pergunta que deve ser respondida como “sim” ou “não”. As respostas computadas como “sim” são consideradas como algo positivo e aumentam a pontuação na direção de um índice alto de desenvolvimento. O IDF pode variar de zero a um, sendo um o valor mais alto.

Neste estudo, as dimensões propostas por Carvalho et al. (2007) foram preservadas, porém houve acréscimos e retiradas de componentes e indicadores. Tal ação foi prevista pela própria proposta do IDF que permite mudar indicadores, componentes e dimensões, bem como atribuir diferentes pesos aos indicadores de acordo com as preferências sociais ou debates com a sociedade. Desta forma, o instrumento final contou com seis dimensões, 28 componentes e 54 indicadores.

Cada resposta considerada como algo favorável à família recebeu a pontuação (um) que era considerado como uma situação positiva, enquanto as respostas desfavoráveis receberam a

pontuação (zero). Em relação ao peso dado a cada indicador, foi mantida a proposta de Carvalho et al. (2007), ou seja, um único peso foi utilizado para cada indicador.

Além disso, foi mantida também a ideia da construção dos indicadores em que era possível dar um peso maior a um determinado componente, pois os indicadores foram organizados em forma de “cascata”. A “construção em cascata” é o método que utiliza a soma, por exemplo, de dois ou mais indicadores diferentes, mas que, dependendo da sua pontuação, pode aumentar ou diminuir em duas ou mais vezes o resultado final de um componente.

Para a análise dos dados foi utilizado o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 17. Cada indicador do IDF corresponde uma pergunta do questionário. Assim, foi por meio a média aritmética dos indicadores que foi possível calcular o índice de cada componente e dimensão do IDF.

As perguntas que foram que fora respondidas como algo positivo receberam “um” ponto, já as negativas receberam “zero”. Os pontos de corte definidos também foram mantidos de acordo com a proposta de Carvalho et al. (2007), em que as famílias classificadas como vulnerabilidade **muito grave** apresentavam IDF abaixo de 0,50, aquelas em vulnerabilidade **grave** apresentavam IDF entre 0,50 e 0,67 e, por fim, as famílias em **situação aceitável**, que receberam o IDF acima de 0,67.

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob protocolo número 313/2010, em respeito à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos. O questionário foi aplicado após assinatura voluntária do participante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS

3.1 Perfil sociodemográfico das famílias

Das 320 famílias entrevistadas, a média de cada era de quatro integrantes, sendo que o total de integrantes nas famílias entrevistadas foi de 1.252 membros. Havia a predominância do sexo feminino (52,8%), cor parda (60,8%), situação conjugal solteira (58,9%), com baixa escolaridade, pois o predomínio foi do ensino fundamental incompleto (40,0%). A média de idade foi de 27 anos, com a mediana de 25 anos, com variação de zero a 89 anos e desvio padrão de 18,2 anos. O local de nascimento mais frequente foi a região Centro-Oeste do Brasil (46,7%).

A informação da renda mensal de cada integrante da família foi utilizada para classificar a situação das famílias em pobreza e extrema pobreza. A maioria (48,6%), incluindo crianças e idosos, não tinha renda.

Foi expressivo o número de mulheres chefes de família (146 ou 45,6%), porém predominou os chefes de família do sexo masculino (174 ou 54,4%). Desses, 158 (90,8%) eram casados ou viviam maritalmente com a companheira em união estável.

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

Do total de 320 famílias entrevistadas, foram identificadas 47 (14,7%) em situação de vulnerabilidade grave e 5 (1,6%) em situação de vulnerabilidade muito grave.

3.1.2 Famílias em situação de vulnerabilidade muito grave

Nas cinco famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, com 20 pessoas, houve predomínio de jovens com a média de idade de 29 anos, mediana de 17 anos e desvio-padrão de 22,8 anos. Também predominou o sexo feminino, a cor parda e a situação conjugal de solteiro. A

maioria era proveniente da região Centro-Oeste do Brasil, apresentava baixa escolaridade e não dispunha de renda, quer de atividade remunerada, quer de auxílio governamental.

Dentre as 20 pessoas em situação de vulnerabilidade muito grave, 13 (65,0%) não tinham renda, aí incluída as crianças. Do restante, sete (35,0%) recebiam menos de um salário mínimo referente ao ano de 2011, o que caracterizou situação de pobreza extrema das cinco famílias classificadas em situação de vulnerabilidade muito grave.

3.1.3 Famílias em situação de vulnerabilidade grave

As 47 famílias em situação de vulnerabilidade grave totalizaram 217 pessoas, com predominância do sexo feminino e de jovens. A idade variou de quatro meses a 80 anos, com a média de 24 anos, mediana de 17 anos e desvio-padrão de 18,4 anos. Embora houvesse predomínio de baixa escolaridade, comparativamente às em situação de vulnerabilidade muito grave, havia mais pessoas com o ensino médio concluído.

A situação conjugal predominante foi solteira. A maioria das pessoas era proveniente da região Centro-Oeste do Brasil, não dispunha de renda (61,8%) ou recebia entre um e dois salários mínimos (13,8%) referentes ao ano de 2011. Apenas uma família (5,0%) recebia entre dois e três salários mínimos. Por fim, das famílias em situação de vulnerabilidade grave, 20 (6,3%) foram identificadas na pobreza extrema.

4. Índice de Desenvolvimento da Família

O IDF apresentou como aspectos críticos nas famílias em situação de vulnerabilidade grave e muito grave, em ordem crescente de vulnerabilidade, as dimensões: *disponibilidade de recursos*, *acesso ao trabalho*, *acesso ao conhecimento* e *ausência de vulnerabilidade* (que diz respeito à presença de crianças e idosos, razão de fecundidade e relações de dependência ao cônjuge ou a mãe da família). Quando comparadas com as famílias em situação de vulnerabilidade grave, as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave encontravam-se em situação mais crítica nessas mesmas dimensões.

Quadro 1 – Indicador sintético das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave e grave nas dimensões do IDF. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, Brasil, 2011.

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

4.1 IDF nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave

Na dimensão *ausência de vulnerabilidade* foram avaliadas as questões que envolviam os recursos que famílias utilizavam para satisfazer suas necessidades de subsistência, como, por

exemplo, relacionadas à fecundidade, presença de crianças, jovens e idosos, dependência econômica, desvantagem física, social e a presença do cônjuge .

As famílias em situação de vulnerabilidade muito grave apresentaram IDF de 0,61 na dimensão *ausência de vulnerabilidade*, o que caracteriza uma situação de vulnerabilidade grave nessa dimensão, pois o ponto de corte para essa classificação é de 0,50 a 0,67. Ou seja, nessas famílias a presença de crianças, adolescentes ou jovens produziu impacto negativo (pontuação zero), caracterizando situação de vulnerabilidade, pois demandam recursos e não contribuem para a renda familiar.

A ausência do cônjuge foi outro indicador que impactou no IDF das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, pois famílias monoparentais são mais vulneráveis. A importância desse indicador está relacionada ao incremento da renda familiar e à proteção dos mais vulneráveis, como idosos e crianças. Vale destacar que todas as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave eram chefiadas por mulheres, já que todas responderam negativamente ao indicador relacionado ao chefe de família do sexo masculino.

Assim, foi possível observar que nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave apresentaram necessidades de recursos para o sustento familiar, uma vez que a presença de crianças, adolescentes ou jovens demanda gastos extras e a ausência do cônjuge interferem na proteção da família.

Famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, na dimensão *acesso ao conhecimento*, que avalia o grau de escolaridade dos membros dos integrantes das famílias, o IDF foi de 0,33. Os indicadores que mais impactaram as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave foram: *presença de pelo menos um adulto com ensino fundamental completo; presença de pelo menos um adulto com ensino médio completo; e presença de pelo menos um adulto com ensino superior*. Em resumo, nessas famílias não havia ao menos um adulto com ensino médio completo e ensino superior. Dentre as cinco famílias, quatro não contavam com pelo menos um adulto com ensino fundamental completo.

A dimensão *acesso ao trabalho* avaliou a disponibilidade, o acesso e à qualidade ao trabalho. Seus indicadores indicavam se mais da metade dos membros da família em idade ativa encontravam-se ocupados, se havia ao menos um trabalhador há mais de seis meses no trabalho, se havia um ocupado no trabalho formal, se havia um ocupado com rendimento superior a um ou dois salários mínimos.

Nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave não foram encontrados membros da família em idade ativa que exerciam atividade remunerada. Desta forma, se não havia membros da família que exerciam atividade remunerado, por efeito “cascata”, tampouco havia pessoas que trabalhavam há mais de seis meses, que estavam empregadas em trabalho formal ou que recebiam renda familiar superior a um ou dois salários mínimos. Nesta dimensão, foi possível constatar que a baixa escolaridade pode influenciar no acesso ao mercado de trabalho, trazendo consequência para renda familiar e posição social na sociedade.

A dimensão *disponibilidade de recursos* também apresentou uma situação de vulnerabilidade muito grave com IDF de 0,00. Esta dimensão avalia a renda familiar, se a família encontra-se em situação de pobreza ou pobreza extrema e se a renda advém de auxílio governamental. As famílias em situação de vulnerabilidade muito grave receberam pontuação baixa, pois todas encontravam-se abaixo da linha da pobreza extrema e a maior parte da renda que recebiam provinham de programas de transferência de renda como, por exemplo, o Bolsa Família.

A dimensão *desenvolvimento infantil* avaliou se as crianças em idade escolar frequentavam a escola, se existia analfabetismo em crianças ou adolescentes que já deveriam saber ler e escrever, e também avaliava a presença de mortalidade e trabalho infantil. Apresentou o IDF aceitável de 0,86 o que demonstrou que, de forma geral, as crianças, adolescentes e jovens dessas famílias tinham acesso à escola e a mortalidade infantil só foi apresentada em um caso. Não haviam crianças trabalhando.

As **condições habitacionais** representam uma das principais dimensões das condições de vida da família, pois têm uma relação próxima com as condições de saúde (Carvalho et al., 2007). Diz respeito à abrigabilidade, acesso à água e eletricidade, propriedade do imóvel e bens duráveis, déficit habitacional e coleta de lixo.

As famílias em situação de vulnerabilidade muito grave apresentaram IDF aceitável nessa dimensão, de 0,76. Os indicadores que mais impactaram nessas famílias foram aqueles que relacionavam se o imóvel era próprio ou cedido, o número de moradores por dormitório e acesso a bens duráveis como telefone e computador, ou seja, essas famílias não tinham domicílio próprio, havia mais de dois moradores por dormitório e não tinham telefone fixo e computador em casa. As necessidades estavam relacionadas à aquisição de bens que, por sua vez, foram influenciados pela baixa renda familiar.

4.2 IDF nas famílias em situação de vulnerabilidade grave

As famílias em situação de vulnerabilidade grave apresentaram um IDF aceitável, de 0,71, na dimensão **ausência de vulnerabilidade**. Para essas famílias a presença de crianças, adolescentes, jovens e idosos, a dependência do cônjuge e se o chefe de família era do sexo feminino.

Já dimensão **acesso ao conhecimento** apresentou um IDF classificado como muito grave pois recebeu pontuação de 0,43. Os indicadores que mais impactaram foram a presença de pelo menos um adulto com ensino fundamental ou médio completo e a presença de pelo menos um adulto com ensino superior. Das famílias em situação de vulnerabilidade grave, em 76,6% não havia ao menos uma pessoa que tivesse concluído o ensino médio e nenhuma família havia sequer um adulto com ensino superior.

A dimensão **acesso ao trabalho** também apresentou um IDF compatível com vulnerabilidade muito grave, com o índice de 0,39. Essas famílias também avaliaram de forma negativa os mesmos indicadores das famílias classificadas em situação de vulnerabilidade muito grave: mais de 90% responderam que mais da metade de seus membros em idade ativa não estava ocupada em atividade remunerada. Mais que 50% não exerciam atividade remunerada e regular há mais de seis meses, 70,2% dos integrantes não estavam ocupados em setor formal, 53,2% não tinha rendimento superior a um salário mínimo e 97,9% não tinha rendimento superior a dois salários mínimos.

Na dimensão **disponibilidade de recursos** o IDF foi avaliado em situação de vulnerabilidade muito grave, uma vez que o índice foi de 0,37. A diferença dessas famílias para aquelas em situação de vulnerabilidade muito grave foi apenas no indicador *renda familiar per capita acima da linha da pobreza extrema*, uma vez que 42,6% das famílias em situação de vulnerabilidade grave encontravam-se na pobreza extrema, enquanto 100,0% daquelas em vulnerabilidade muito grave encontravam-se na mesma situação. Todos os indicadores dessa dimensão impactaram na avaliação do IDF.

Na dimensão **desenvolvimento infantil** o IDF foi avaliado como aceitável, com o índice de 0,91 e o indicador que mais impactou para as famílias em situação de vulnerabilidade grave (46,8%) foi *ausência de crianças de zero a seis anos de idade fora da escola*.

Por último, a dimensão **condições habitacionais** teve o IDF de 0,79, o que também é considerado como aceitável. Assim como nas famílias avaliadas em situação de vulnerabilidade muito grave, os indicadores que impactaram de forma negativa nesta dimensão foram os que indicavam a presença de mais de dois moradores por dormitório e a ausência de telefone e computador.

5. DISCUSSÃO

O estudo dos processos de saúde e doença é útil para a compreensão das desigualdades sociais, desde que não se reduza as desigualdades sociais a aspectos meramente biológicos ou de renda. As

desigualdades sociais estão sempre relacionadas a algum grau de injustiça social, o que coloca alguns grupos em desvantagens “em relação à oportunidade de ser e se manter sadio” (Barata, 2009, p. 12).

Quando se utiliza uma perspectiva simplista das desigualdades na área da saúde é possível “culpabiliza” os indivíduos por seu processo de adoecimento, relacionando-o aos estilos de vida, como se as condições de trabalho e moradia dependessem apenas de escolhas pessoais.

Barata (2009) considera que essas formulações caracterizam-se por esvaziamento social frente aos processos de saúde e doença. Ressalta ainda, que as explicações para esses processos não devem ser apartadas da ideia de que a saúde é um produto social e que assume diferentes formas a depender da organização social. “Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença” (Barata, 2009, p. 23).

Neste estudo, as famílias em situação de vulnerabilidade grave e muito grave apresentaram índices mais críticos nas dimensões acesso ao conhecimento, acesso ao trabalho e disponibilidade de recursos, ressaltando que as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave encontravam-se em situação mais crítica nessas dimensões que aquelas em situação de vulnerabilidade grave.

O IDF apontou que tais famílias necessitam de ações voltadas para a consolidação de políticas públicas que tratam do acesso ao conhecimento e ao trabalho, condição também foi observada nos estudos de Najjar, Baptista e Andrade (2008).

Com a dimensão *acesso ao conhecimento* foi possível identificar que quando não há investimentos seguros que garantam não apenas o acesso, mas também a qualidade do ensino, há um prejuízo na qualidade de vida das pessoas e famílias, dada a circularidade existente entre educação, trabalho e renda. Assim, as famílias que apresentaram um IDF baixo, que caracteriza a vulnerabilidade como muito grave ou grave na dimensão acesso ao conhecimento, as dimensões *acesso ao trabalho e disponibilidade de recursos* também eram mal avaliadas.

Informações da taxa de escolarização líquida apresentada do Censo 2010 mostraram que existem diferenças na escolaridade entre grupos populacionais ricos e pobres. A taxa de escolarização líquida indica a proporção de um determinado grupo da população, em relação à idade esperada para o nível de educação adequado a essa idade (IBGE, 2010).

Ao considerar a renda familiar per capita, o Censo 2010 apontou que, na população brasileira relativa ao ano de 2010, dentre os 20% mais pobres, apenas 32% dos jovens entre 15 e 17 anos estavam no ensino médio. Enquanto que, os 20% mais ricos da população brasileira também em relação ao ano de 2010, essa mesma proporção subia para 78% dos jovens. Ou seja, a renda familiar apresentou influência na escolaridade das famílias brasileiras.

A Constituição Federal brasileira de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (lei 9.394), sancionada em 1996, garantem o acesso universal no ensino básico, em relação ao ensino fundamental.

Neste estudo e nos de Najjar et al. (2008) e de Carvalho et al. (2007) foi possível identificar que quando se avaliam as questões relacionadas à escolaridade os índices são baixos e indicam a necessidade de fortes investimentos nessa área.

Dado que no Brasil há a garantia de acesso às escolas, por que ainda as taxas de escolarização permanecem baixas para os mais pobres? Talvez a resposta a esta pergunta esteja no compromisso em garantir ofertas de serviços com qualidade na área da educação. Prova disso é que investigação realizada em 2008 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA constatou que a renda familiar não influencia diretamente a frequência escolar dos indivíduos no ensino fundamental. Contudo, influencia a permanência, o desempenho e o progresso escolar. O IPEA verificou que os mais pobres apresentam índices de evasão e repetência maiores que os mais ricos, situação que reforça que além do acesso é preciso garantir investimentos na qualidade na educação (IPEA, 2008).

A dimensão *acesso ao trabalho* pode ser correlacionada à dimensão acesso ao conhecimento. Há uma circularidade entre essas dimensões, já que para trabalho formal e seguro, faz-se necessário uma boa escolaridade. Da mesma forma, se há boa remuneração ou bons rendimentos advindos do trabalho, há maiores oportunidade de boa escolaridade.

Em outras palavras, a situação de vulnerabilidade das famílias é fortemente influenciada pela escolaridade, trabalho e renda. A dimensão acesso ao trabalho revela que, se há inserção precária no trabalho, há exclusão dos benefícios sociais, principalmente quando os trabalhadores são excluídos do mercado formal (M. P. Ferreira, Dini, & S. P. Ferreira, 2006).

A dimensão *disponibilidade de recursos* foi a que recebeu a menor avaliação tanto para as famílias em situação de vulnerabilidade grave, quanto para aquelas classificadas em vulnerabilidade muito grave. Além de se relacionar com a escolaridade em com o trabalho, a *disponibilidade de recursos* também se relaciona às desigualdades sociais existentes no País. Rocha (2003) considera que as linhas da pobreza estão relacionadas à distribuição da renda e que o objetivo social deveria ser mais que uma busca pelo crescimento econômico, mas sim uma busca pela distribuição equitativa desse crescimento para toda a população. A autora ainda acredita que apenas o crescimento econômico, sem reduzir as desigualdade sociais, postergará a eliminação da pobreza absoluta no Brasil para um futuro distante (Rocha, 2003).

As dimensões que apresentaram um IDF aceitável foram em ordem decrescente: *desenvolvimento infantil*, *condições habitacionais* e *ausência de vulnerabilidade*. A dimensão *desenvolvimento infantil* pode ter obtido um resultado melhor por avaliar se as crianças estão inseridas no contexto escolar e se não exercem atividade de trabalho infantil. Além disso, o indicador de mortalidade infantil apresentado foi baixo, o que também pode ter favorecido um IDF mais alto nesta dimensão.

A dimensão *condições habitacionais* também apresentou um IDF aceitável. Por outro lado, o Censo 2010 apontou que apenas 62,6% dos domicílios brasileiros contam com água tratada e esgotamento sanitário em rede geral e coleta de lixo (IBGE, 2010).

Por fim, a dimensão ausência de vulnerabilidade também foi aceitável para as famílias em situação de vulnerabilidade grave e muito grave. Contudo, essas famílias poderiam ainda ter apresentado um índice melhor se não fosse a presença de indivíduos que demandam mais atenção e recursos, como a presença de crianças.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou o perfil das famílias classificadas em situação de vulnerabilidade grave e muito grave por meio do IDF. Tais famílias demonstraram maior vulnerabilidade nos aspectos sociais, especificamente nas áreas de educação, trabalho e renda, evidenciando sua necessidade de proteção social, pois vivem em condições de pobreza, presas ao ciclo vicioso entre baixa escolaridade, pouca ou nenhuma qualificação para o trabalho e remuneração abaixo da linha da pobreza.

As condições de vida de uma sociedade estão intimamente relacionadas aos processos de saúde e doença das pessoas. A saúde é um produto social e os perfis epidemiológicos dos grupos sociais correlacionam-se às formas de organização social.

O IDF refere-se às condições de vida das pessoas e famílias. Seus indicadores, embora presentes nas discussões dos profissionais de saúde, não são operacionalizados nas equipes de ESF de forma a responder as necessidade de saúde das famílias. Tampouco são utilizados para identificar as famílias em situação de vulnerabilidade.

Ressalta-se a importância da utilização do conceito ampliado de vulnerabilidade nos serviços de saúde, de forma a responder crítica e efetivamente às demandas das famílias, que apresentam diferentes situações de vulnerabilidade e diferentes necessidades de saúde em razão do contexto cultural, econômico e político em que estão inseridas.

A contribuição do presente estudo reside em reforçar a importância da reflexão acerca do processo de trabalho dos profissionais de saúde, bem como a incorporação do conceito de vulnerabilidade ao cotidiano dos serviços, frente ao cuidado às famílias cuja condição social e trajetória de vida resultam em maior vulnerabilidade ao adoecimento.

7. BIBLIOGRAFIA

- Ayres, J.R.C.M., França Jr, I., Calazans, G.J., & Salleti Filho, H.C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, R., Parker, R., (org.), *Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidade e poder* (50-71). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Ayres, J.R.C.M., França Jr, I., Calazans, G.J., & Salleti Filho, H.C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In: Czresnia, D., & Freitas, C.M. (org.). *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões e tendências* (117-139). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J.R.C.M., França Jr, I., Calazans, G.J., & Salleti Filho, H.C. (2008). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos et al., (org). *Tratado de saúde coletiva* (375-417). (2ed.). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barata, R.B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bertolozzi, M.R. & Greco, R.M. (1996). As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30 (3), 380-398.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003). *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2009). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: Síntese de indicadores 2008*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. (Estudos e Pesquisas, Informações Demográfica e Socioeconômica, 27).
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: Uma estratégia para a reorientação assistencial*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde: Coordenação de Saúde da Comunidade.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). [Internet]. Brasília. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: julho de 2013.
- Campos, A.G., Amorim, R.L. & Garcia, R.C. (ed.). (2008). *Brasil: o estado de uma nação – Estado, crescimento e desenvolvimento: a eficiência do setor público no Brasil, 2007*. Brasília: IPEA.
- Carvalho, M., Barros, R.P., & Franco, S. (2007). Índice de desenvolvimento da família. In: Acosta, A.R., & Vitale, M.A.F., (org). *Família: redes, laços e políticas*. (241-265). São Paulo: Instituto de Estudos Especiais/PUC.
- Ferreira, M.P., Dini, N.P. & Ferreira, S.P. (2006). Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do estado de São Paulo: Índice paulista de vulnerabilidade social – IPVS. *São Paulo em Perspectiva*, jan/mar; 20 (1), 5-17.
- Giovanella, L., et al. (2009). Saúde da família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3), 783-794.
- Levine, D.M., Bereson, M.L. & Stephan, D. (2000). *Estatística: Teoria e aplicações usando microsoft excel em português*. Rio de Janeiro: LTC.
- Mattos, R.A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (org). *Os sentidos da integralidade na*

atenção e no cuidado à saúde (39-64). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO.

Muñoz-Sánchez, A.I & Bertolozzi, M.R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do pensamento científico em saúde coletiva?. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2), 319-324.

Najar, A.L., Baptista, T.W.F. & Andrade, C.L.T. (2008). Índice de desenvolvimento da família: uma análise comparativa em 21 municípios do estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Pública*, 24(1), 134-147.

Rocha, S. (2003). *Pobreza no Brasil: afinal de que se trata?* Rio de Janeiro: FGV.

Salum, M.J.L., Bertolozzi, M.R. & Oliveira, M.A.C. (1999). O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e descontinuidades da história. In: *La enfermeira em las Américas* (101-18). Washington DC: Organización Panamericana de La Salud.