UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Avaliação da vulnerabilidade de famílias na
Atenção Básica

Tharsila Martins Rios da Silva

SÃO PAULO
2011

THARSILA MARTINS RIOS DA SILVA

**Avaliação da vulnerabilidade de famílias na
Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Tharsila Martins Rios da.

Avaliação da vulnerabilidade de famílias na atenção básica. / Tharsila Martins Rios da Silva. – São Paulo, 2011.

141 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

1. Saúde da família 2. Vulnerabilidade 3. Atenção à Saúde
4. Assistência à saúde I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO
Tharsila Martins Rios da Silva

Avaliação da vulnerabilidade de famílias na Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.

() Aprovada () Reprovada

Data: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira / Presidente - Orientadora

**Prof^a Dr^a Márcia Regina Martins Alvarenga – Docente do curso de
Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul**

**Prof^a Dr^a Maria Adriana Pereira Henriques – Docente do curso de
Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

Dedicatória

Aos meus pais, José Antonio e Magda, por toda dedicação e investimento em minha formação. Lembro-me dos esforços e palavras de incentivo aos estudos.

Não tenho palavras para expressar minha gratidão!

À minha família por me acompanhar e apoiar em cada desafio assumido.

In memoriam

Aos meus avós, Iranides Martins de Oliveira e Carlos Gomes da Silva, por terem sido exemplos de humildade e integridade.

Agradecimentos

À Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira (Méia) pela confiança, paciência, seriedade, respeito, disponibilidade e amizade que foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo e pela admiração que tenho por sua pessoa.

À Prof.^a Dr.^a Márcia Regina Martins Alvarenga pela gentil contribuição, dedicação, amizade e acolhimento (caloroso) nas fases desta pesquisa.

Às Professoras Maria Rita Bertolozzi, Renata Ferreira Takahashi e Lúcia Izumi Nichiata pelas valiosas contribuições no momento da qualificação.

Ao corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por todo conhecimento adquirido.

Ao corpo administrativo do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em especial à Silvana Maximiano por toda atenção oferecida.

Aos funcionários da Biblioteca “Wanda Aguiar Horta”, em especial à bibliotecária Juliana Akie Takahashi.

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo apoio para a realização desta pesquisa, em especial à Karen kuhlmann e Ana Lins.

Às equipes Bosque 1 e Vila Nova 2 do Posto Urbano 1 de São Sebastião – DF, em especial aos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, pelo apoio e contribuições nos momentos das visitas domiciliárias.

Às famílias que gentilmente concederam as entrevistas.

Às colegas da Pós-Graduação, em especial à Fernanda Amêndola e Jaqueline Gaspar pelo apoio, revisões e sugestões.

Às queridas Ana Paula Graziano e Glauciene Analha pelos momentos de amizade, escuta e incentivo.

Ao Tiago Bueno pelo acolhimento nos dias em que estive em São Paulo.

A Camila Fracaró e Tatiana Moreira pela disponibilidade e contribuições estatísticas.

A todos os amigos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa, em especial à Isabelle Guzman e Valcilene Pinheiro.

À Ludmilla de Castro, Luisamara Rangel e Mariana Leitão pelos momentos de generosidade, sinceridade, sorrisos espontâneos e pelo simples fato de serem minhas amigas.

À minha amada família, referência para a vida, que sempre me concedeu apoio e incentivo nesta caminhada.

Aos meus pais por acreditarem nos meus “projetos de felicidade” e por ajudar a concretizá-los. Serei eternamente grata por tudo o que me proporcionaram e, especialmente, por ser filha de vocês!

APRESENTAÇÃO

Este estudo tem como finalidade identificar a vulnerabilidade de famílias na Atenção Básica, de modo a identificar suas necessidades de saúde. O interesse para sua realização decorre de minha recente atuação como enfermeira de uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). Tendo ingressado como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde que adota a Estratégia, observei que as equipes da ESF possuem conhecimento impreciso sobre as necessidades de saúde das famílias sob seus cuidados e não dispõem de estratégias para identificar situações de vulnerabilidade a que tais famílias estão expostas.

As ações das equipes em geral restringem-se à execução de atividades previstas nos programas verticais de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), como, por exemplo, os de saúde da mulher, saúde da criança, grupos de hipertensos e diabéticos, dentre outros. Tais programas, quando estruturados e executados de forma vertical, não atendem às necessidades de saúde das coletividades, pois não respondem à complexidade dos determinantes dos processos saúde-doença, modulados por condicionantes de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política (Brasil, 2006a).

As atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família em que atuo estão focadas, em geral, nos agravos e problemas de saúde. Visitas domiciliares de rotina são realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

Os profissionais de saúde somente realizam visitas por demanda de familiares ou quando há uma situação-problema, identificada pelos ACS, que requer a presença da equipe.

O conceito de necessidade em saúde que subjaz às ações da equipe, focado em agravos, demandas por serviços especializados e protocolos do Ministério da Saúde, é fruto de uma concepção de saúde como ausência de doença, resultando em atividades utilitaristas e reducionistas dos fenômenos do processo saúde-doença.

Esta realidade traduz uma contradição entre as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) e as práticas dos serviços. Por um lado, é possível observar que o processo saúde-doença ainda é compreendido apenas no seu caráter biológico e que as ações de saúde são realizadas de forma padronizada, vertical e prescritiva. Por outro, existe uma política que visa redirecionar o sistema para as necessidades de saúde das coletividades e que busca superar o modelo médico hegemônico vigente nos serviços de saúde.

Este cenário confrontou minhas crenças a respeito da integralidade no cuidado e fez aumentar a inquietação quanto a minha prática profissional e meu processo de qualificação para o trabalho em saúde. Senti a necessidade de buscar referenciais teóricos que permitissem a construção e o aprofundamento do conhecimento acerca do processo saúde-doença. Este estudo representa um esforço nessa direção. Nortearam-no algumas indagações, enumeradas a seguir:

- Quais são as dificuldades vivenciadas pelas famílias para o enfrentamento do seu processo saúde-doença?
- Que determinantes e condicionantes interferem na promoção da saúde e emancipação dessas famílias?
- É possível utilizar indicadores para identificar necessidades de famílias em situação de vulnerabilidade?
- Até que ponto as necessidades de saúde das famílias acarretam em situações de vulnerabilidades?
- Qual o papel dos serviços de saúde frente às vulnerabilidades das famílias em situação de vulnerabilidade?
- Quais condições nos serviços de saúde seriam necessárias para o reconhecimento de famílias em situação de vulnerabilidade?

A busca de respostas para algumas dessas questões resultou nesta proposta de investigação voltada para a identificação de famílias em situação de vulnerabilidade.

Espera-se que os resultados deste estudo subsidiem a reflexão crítica dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica acerca de suas práticas, tendo como horizonte a consolidação dos princípios do SUS, a saber: universalização, descentralização, integralidade, equidade e participação popular.

Silva TMR. Avaliação da vulnerabilidade de famílias na Atenção Básica. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

Resumo

Este estudo teve como objeto famílias em situação de vulnerabilidade ao adoecimento assistidas por equipes da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica. Seu objetivo foi identificar famílias em situação de vulnerabilidade em uma Unidade Básica da ESF do Distrito Federal. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal, de abordagem quantitativa. Foram realizadas 320 visitas domiciliares definidas por uma amostra aleatória das áreas de abrangência do Posto Urbano-1 em São Sebastião – DF. Utilizou-se um questionário estruturado, elaborado a partir do Índice de Desenvolvimento da Família (IDF). Os resultados revelaram famílias constituídas, em média, por quatro integrantes, com predomínio do sexo feminino, idade média de 25 anos, situação conjugal de solteiro e escolaridade baixa. Do total de famílias entrevistadas, 71 (22,2%) estavam em situação de pobreza e 27 (8,4%), de extrema pobreza. O IDF geral das famílias foi aceitável (IDF geral = 0,77), já que 268 (83,7%) encontravam-se em situação aceitável, porém 47 (14,7%) estavam em situação de vulnerabilidade grave e 5 (1,6%), muito grave. As dimensões mais críticas foram: “*acesso ao conhecimento*” e “*acesso ao trabalho*”, com IDF de 0,60 e 0,64, respectivamente. Na dimensão “*ausência de vulnerabilidade*”, os componentes “*atenção e cuidados com crianças, adolescentes e jovens*” e “*presença do cônjuge*” foram os que apresentaram situação de vulnerabilidade muito grave e grave, com índices de 0,26 e 0,52, respectivamente. Na dimensão “*acesso ao conhecimento*”, o componente “*escolaridade*” apresentou situação de vulnerabilidade muito grave, com IDF de 0,32. Na dimensão “*acesso ao trabalho*”, os componentes “*disponibilidade de trabalho*” e “*remuneração*” foram classificados como vulnerabilidade grave, com índices de 0,62 e 0,51, respectivamente. Os componentes das dimensões “*disponibilidade de recursos*” e “*desenvolvimento infantil*” apresentaram situação aceitável. Na dimensão “*condições*

habitacionais”, o componente que apresentou situação de vulnerabilidade grave foi o “*déficit habitacional*”, com IDF de 0,60. Os indicadores de necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave e grave foram: presença de crianças, adolescentes ou jovens; presença do cônjuge; chefe de família do sexo masculino e viver na presença do cônjuge; presença de adultos com ensino fundamental (principalmente nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave), médio ou superior completos; presença de mais que a metade dos membros em idade ativa ocupados; presença de trabalhador há mais de seis meses no trabalho atual; presença de um ocupado no setor formal; presença de um trabalhador que recebia mais que um salário mínimo; renda familiar superior a linha da extrema pobreza (principalmente para as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave) e pobreza; maior parte da renda familiar que não advém de transferências do governo; ausência de crianças de zero a seis anos fora da escola; ausência de mãe cujo filho tenha morrido; presença de até dois moradores por dormitório; e acesso a telefone e computador. O estudo permitiu identificar famílias em situação de vulnerabilidade e sinalizou a importância de maiores investimentos nas áreas de educação, trabalho e renda. Espera-se que seja útil para fomentar reflexão crítica dos profissionais de saúde da Atenção Básica quanto ao reconhecimento das famílias em situação de vulnerabilidade, bem como de suas necessidades de saúde.

Palavras-chave: família, avaliação em saúde, vulnerabilidade, Atenção Primária à Saúde, determinação de necessidades de cuidados de saúde, assistência integral à saúde.

Silva TMR. Assessment of the vulnerability of families in primary health care. [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo Nursing School; 2011.

Abstract

The objects of this study are families in situations of vulnerability to illness that are assisted by Family Health teams in Primary Care. Its goal was to identify families in vulnerable situations in a Basic Health Care Unit of the Federal District (FD). It is an observational, epidemiological cross-sectional, of quantitative approach. Home visits were made to 320 families defined by a random sample of the areas covered by the Family Health Strategy in São Sebastião - FD. A structured questionnaire was used, drawn from the Family Development Index (FDI). The results showed that the families interviewed had an average of four members, predominantly female, 25 years old, single status and low education. Of the total families interviewed, 71 (22,2%) were in poverty and 27 (8,4%) in extreme poverty. Most of the FDI of the families was acceptable (0,77), as 268 (83,7%) were in an acceptable situation, but 47 (14,7%) were in a situation of severe vulnerability and 5 (1,6%), in very severe vulnerability. The most critical dimensions were: “*access to knowledge*” and “*access to work*”, with FDI of 0,60 and 0,64, respectively. In the dimension “*absence of vulnerability*”, the components “*attention and care of children, adolescents and youth*” and “*presence of spouse*” indicated very severe and severe situations of vulnerability, with rates of 0,26 and 0,52, respectively. In the dimension “*access to knowledge*”, the component “*education*” expressed a situation of very severe vulnerability, with FDI of 0,32. In the dimension “*access to work*”, the components “*work*” and “*revenue*” were classified in a situation of severe vulnerability, with rates of 0,62 and 0,51, respectively. The components of the dimensions “*availability of resources*” and “*child development*” showed an acceptable situation. In the scope of “*housing conditions*”, the component that showed a situation of severe vulnerability was “*housing shortage*”, with FDI of 0,60. The vulnerability indicators that expressed the needs of the families in vulnerable situations were: presence of children or teenagers, presence of spouse; male head of the family and live in the presence of spouse, presence of

adults with primary education (especially families in a situation of very severe vulnerability), secondary or high education completed, presence of more than half of the members of working age employed, presence of workers for more than six months in a steady job, job in the formal sector, presence of a worker who was paid more than a minimum wage, family income above the extreme poverty line (especially families in a situation of very severe vulnerability) and poverty, most of the family income that does not come from government transfers, absence of children up to six years old out of school, absence of mother whose child has died, the presence of up to two residents per bedroom, and access to telephone and computer. The study allowed the identification of families in vulnerable situations and signaled the importance of better investments in the areas of education, employment and income. It is expected for it to be useful in promoting critical reflection of the health workers of the Primary Care with the knowledge about the families in vulnerable situations as well as their health needs.

Key-words: family, health evaluation vulnerability, Primary Health Care, needs assessment, comprehensive Health Care.

Silva TRM. La evaluación de la vulnerabilidad de las familias en la Atención Primaria. [disertación]. São Paulo: Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo; 2011.

Resumem

Este estudio ha tenido como objeto familias en situación de vulnerabilidad a la enfermedad, atendidas por equipos del programa Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en la Atención Básica. El objetivo era identificar a las familias más vulnerables en una Unidad Básica de la ESF del Distrito Federal (DF). Se trata de un estudio de observación, epidemiológico, transversal, de enfoque cuantitativo. Fueron realizadas 320 visitas a domicilio, escogidas aleatoriamente, de las áreas atendidas en la Unidad Básica de San Sebastián - DF. Se utilizó un cuestionario estructurado, elaborado a partir del Índice de Desarrollo de la Familia (IDF). Los resultados mostraron que las familias están formadas, en media, por cuatro miembros, predominando el sexo femenino, con edad media 25 años, solteros y de bajo nivel de escolaridad. Del total de familias entrevistadas, 71 (22,2%) se encontraban en situación de pobreza y 27 (8,4%), de extrema pobreza. El IDF general de las familias era aceptable (0,77), ya que 268 (83,7%) se encontraban en una situación aceptable, pero el 47 (14,7%) se encontraban en situación de vulnerabilidad grave y el 5 (1,6%) en situación muy grave. Las dimensiones más críticas fueron el “*acceso al conocimiento*” y el “*acceso al trabajo*” con IDF de 0,60 y 0,64, respectivamente. En la dimensión “*ausencia de vulnerabilidad*”, los componentes de “*atención y cuidados con niños, adolescentes y jóvenes*” y “*presencia del cónyuge*” mostraban situación de vulnerabilidad muy grave y grave, con índices de 0,26 y 0,52, respectivamente. En la dimensión “*acceso al conocimiento*”, el componente “*escolaridad*” mostró una situación de vulnerabilidad muy grave, con IDF de 0,32. En la dimensión “*acceso al trabajo*”, los componentes “*disponibilidad de trabajo*” y “*remuneración*” fueron clasificados como vulnerabilidad grave, con índices de 0,62 y 0,51, respectivamente. Los componentes de las dimensiones “*disponibilidad de recursos*” y “*desarrollo infantil*” mostraron situación aceptable. En la dimensión “*condiciones de la*

vivienda”, el componente con grave vulnerabilidad fue “*escasez de vivienda*”, con IDF de 0,60. Los indicadores de necesidades de las familias en situación de vulnerabilidad muy graves y graves fueron: presencia de niños, adolescentes o jóvenes; presencia del cónyuge; el hombre como cabeza del hogar y vivir en la presencia del cónyuge; presencia de adultos con enseñanza primaria (sobre todo en las familias en situación de vulnerabilidad muy grave), enseñanza secundaria o superior completa; presencia de más de la mitad de los miembros con edad de trabajar empleados; presencia de miembros empleados con más de seis meses en el mismo empleo; presencia de un empleado en el sector formal; presencia de un trabajador que gana más del salario mínimo; renta familiar por encima de la línea de extrema pobreza (principalmente para las familias en situación de vulnerabilidad muy grave), y por encima de la línea de pobreza; mayor parte de renta familiar que no proviene de transferencias del gobierno; ausencia de niños de cero a seis años fuera de la escuela; ausencia de madres con hijo muerto; presencia de hasta dos personas por habitación de dormir; acceso a teléfono y a ordenador. El estudio ayudó a identificar las familias vulnerables y señaló la importancia de una mayor inversión en educación, empleo y renta. Se espera que sea útil para promover la reflexión crítica de los profesionales de salud que trabajan en la Atención Básica, reconociendo las familias en situación de vulnerabilidad y sus necesidades de salud.

Palabras-clave: familia, evaluación en salud, vulnerabilidad, Atención Primaria de Salud, evaluación de necesidades, atención integral de salud.

Lista de figuras

Figura 1 - Mapa das regiões administrativas do Distrito Federal, com destaque para a RA XIV. Brasília, 2007. Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Brasília, 2007	37
Figura 2 - Dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família. Fonte: Carvalho et al., 2007, p. 251	47

Lista de quadros

Quadro 1 - Dimensões, componentes e indicadores do Índice de Desenvolvimento das Famílias	47
Quadro 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, 2011	59

Lista de tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos membros das famílias entrevistadas segundo características sociodemográficas. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	55
Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento da Família Geral, com valores de estatística descritiva. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.....	57
Tabela 3 - Estatística descritiva das dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília – DF, 2011	58

Tabela 4 - Distribuição das famílias segundo o grau de vulnerabilidade nas seis dimensões do IDF. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	60
Tabela 5 - Dimensões que mais impactaram o Índice de Desenvolvimento das Famílias classificadas na situação de vulnerabilidade muito grave (N=5). Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.....	61
Tabela 6 - Análise descritiva dos componentes da dimensão <i>ausência de vulnerabilidade</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	63
Tabela 7 - Análise descritiva dos componentes da dimensão <i>acesso ao conhecimento</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	65
Tabela 8 - Análise descritiva dos componentes da dimensão <i>acesso ao trabalho</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	66
Tabela 9 - Análise descritiva dos componentes da dimensão <i>disponibilidade de recursos</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	68
Tabela 10 - Análise descritiva dos componentes da dimensão <i>desenvolvimento infantil</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	69

Tabela 11 - Análise descritiva dos componentes da dimensão <i>condições habitacionais</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	70
Tabela 12 - Distribuição dos integrantes das famílias em situação de vulnerabilidade grave, segundo características sociodemográficas. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.....	72
Tabela 13 - Distribuição dos integrantes das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, segundo características sociodemográficas. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	73
Tabela 14 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão <i>ausência de vulnerabilidade</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	76
Tabela 15 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão <i>acesso ao conhecimento</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	79
Tabela 16 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão <i>acesso ao trabalho</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	80

Tabela 17 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *disponibilidade de recursos*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011 82

Tabela 18 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *desenvolvimento infantil*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011 83

Tabela 19 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *condições habitacionais*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011 84

Tabela 20 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *ausência de vulnerabilidade*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011 86

Tabela 21 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *acesso ao conhecimento*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011 88

Tabela 22 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da

dimensão <i>acesso ao trabalho</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	89
--	----

Tabela 23 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão <i>disponibilidade de recursos</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.....	91
---	----

Tabela 24 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão <i>desenvolvimento infantil</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	92
---	----

Tabela 25 - Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão <i>condições habitacionais</i> . Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011	94
--	----

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	Índice de Desenvolvimento da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RA	Região Administrativa
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	7
2.1 Geral	7
2.2 Específicos	7
3 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS	8
3.1 A Estratégia Saúde da Família	8
3.2 Necessidades de saúde	10
3.3 Vulnerabilidade	18
3.4 O conceito de família	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	30
4.1 Integralidade	30
5 MATERIAL E MÉTODO	37
5.1 Tipo de estudo	37
5.2 Questão de estudo	37
5.3 Local de estudo	37
5.4 População do estudo	39
5.5 Coleta de dados	41
5.6 Instrumentos de coleta de dados	42
5.7 Análise de dados	52
5.8 Procedimentos éticos	53
6 RESULTADOS	54
6.1 Perfil sociodemográfico das famílias	54
6.2 Índice de Desenvolvimento da Família	56
6.2.1 Dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família	57
6.2.2 Componentes do Índice de Desenvolvimento da Família	61
6.2.2.1 Componentes da dimensão <i>ausência de vulnerabilidade</i>	62
6.2.2.2 Componentes da dimensão <i>acesso ao conhecimento</i>	65
6.2.2.3 Componentes da dimensão <i>acesso ao trabalho</i>	66
6.2.2.4 Componentes da dimensão <i>disponibilidade de recursos</i>	67
6.2.2.5 Componentes da dimensão <i>desenvolvimento infantil</i>	68
6.2.2.6 Componentes da dimensão <i>condições habitacionais</i>	69

6.3 Caracterização das famílias em situação de vulnerabilidade grave.....	71
6.4 Caracterização das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave	73
6.5 Indicadores de vulnerabilidade e necessidades	74
6.5.1 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão <i>ausência de vulnerabilidade</i>	75
6.5.2 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão <i>acesso ao conhecimento</i>	78
6.5.3 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão <i>acesso ao trabalho</i>	79
6.5.4 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão <i>disponibilidade de recursos</i>	82
6.5.5 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão <i>desenvolvimento infantil</i>	83
6.5.6 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão <i>condições habitacionais</i>	84
6.5.7 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade grave na dimensão <i>ausência de vulnerabilidade</i>	85
6.5.8 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade grave na dimensão <i>acesso ao conhecimento</i>	88
6.5.9 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade grave na dimensão <i>acesso ao trabalho</i>	89
6.5.10 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade grave na dimensão <i>disponibilidade de recursos</i>	91
6.5.11 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade grave na dimensão <i>desenvolvimento infantil</i>	92
6.5.12 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade grave na dimensão <i>condições habitacionais</i>	93
7 DISCUSSÃO	98
7.1 Família em situação de vulnerabilidade muito grave e grave	113
8 CONCLUSÕES	117

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM	127
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
APÊNDICE 1: Termos de consentimento	136
APÊNDICE 2: Questionário de caracterização da família	138
ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética	141

1 INTRODUÇÃO

A instituição do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1988, foi um marco na história da assistência à saúde do Brasil. A proposta do sistema de saúde brasileiro foi decorrência de um movimento, denominado Reforma Sanitária, que envolveram intelectuais e profissionais dos serviços de saúde, em prol da garantia da saúde (Bertolozzi; Greco 1996). Esse movimento, que resultou no marco político-jurídico que permitiu a instituição do SUS, não será aqui detalhado, apenas o contexto no qual ocorreu, para favorecer a compreensão do objeto desta investigação.

Até a implantação do SUS, a assistência à saúde no Brasil percorreu um longo caminho, marcado por obstáculos e avanços, em direção às necessidades de saúde e à atenção universal e integral. O período anterior à criação do SUS, que desencadeou o movimento para a Reforma Sanitária, caracterizava-se pela hegemonia do modelo clínico-assistencial, curativo e focado no indivíduo, com predomínio dos setores privados, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelas ações de caráter coletivo.

Tais ações estavam voltadas para determinados grupos da sociedade, especialmente aqueles considerados mais frágeis ou excluídos do sistema produtivo. As ações restringiam-se a práticas de caráter sanitário e recortavam o coletivo nos limites da pobreza (Salum et al., 1999). Mais que uma afirmação dos direitos sociais, a assistência à pobreza configurava-se como uma estratégia de defesa aos sentimentos de insegurança em relação aos pobres, vistos como criminosos em potencial (Donnangelo; Pereira, 1979).

Assim como na Inglaterra do século XIX, o Brasil também direcionou suas ações coletivas para grupos sociais marginalizados. Ou seja, enquanto o modelo médico-assistencial privatista assumia um caráter individual, sob a responsabilidade da Previdência Social, ficavam a cargo do Ministério da Saúde as ações de caráter coletivo, geralmente intervenções emergenciais de saúde pública, próprias do modelo higienista e sanitarista. Tais ações não estavam dirigidas às causas ou estruturas das quais emergiam as necessidades relacionadas ao processo saúde-doença das coletividades (Bertolozzi, 2003).

O processo da Reforma Sanitária culminou na realização da VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), no ano de 1986. Este foi um grande marco para a história da saúde do Brasil, pois tratou pela primeira vez a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Além disso, a saúde ganhou um sentido mais abrangente, integrando condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Passou a ser compreendida como resultado das formas de organização social, que podem resultar em desigualdades sociais e em diferentes níveis de vida (Brasil, 1986).

Na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, a saúde passou a ser regulamentada como direito de todos e dever do Estado. Além de reafirmar os preceitos da VIII CNS, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a garantia da saúde por meio da formulação de políticas sociais que visam à redução de

doenças e agravos, estabelecendo condições para o acesso universal e igualitário aos serviços para a proteção, promoção e recuperação da saúde (Brasil, 2003). Assegurou ainda o atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, e a organização da rede de serviços de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo, assim, um sistema único de saúde – o SUS (Brasil, 2003).

O SUS foi proposto tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a participação social e, como diretrizes, a descentralização, a regionalização, hierarquização e a resolubilidade em cada nível de complexidade do sistema. Com a instituição do SUS, o Ministério da Saúde passou a se incumbir das questões de saúde de forma totalmente separada da Previdência Social.

A Lei Orgânica de Saúde 8.080, de 1990, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito individual e coletivo, exigidas para cada caso e em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Além disso, teve o propósito de assegurar a regulamentação das ações e serviços privados, complementares ou não, de caráter permanente ou temporário (Brasil, 2003).

Enquanto a Lei 8.080/90 dispõe sobre a organização dos serviços, participação das instituições privadas e filantrópicas nos serviços de saúde, dentre outras providências, a Lei 8.142/90 assegurou a participação popular na gestão do SUS por meio da formação de conselhos e outros meios que

garantam tal participação. Além disso, dispôs sobre a transferência de recursos financeiros entre os setores governamentais e o controle social (Brasil, 2003).

O movimento sanitário que resultou na proposição do SUS, aqui brevemente descrito, evidencia as lutas de setores da sociedade que defenderam a garantia da saúde e seu caráter universal e integral, tendo como eixos norteadores a busca por justiça, democracia e melhores condições de vida para toda a população.

As mudanças no setor saúde permitiram o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, relacionando-os ao modo de produção que, por sua vez, caracteriza-se por relações entre classes sociais distintas, resultando em fortalecimento ou desgaste de grupos homogêneos em função de sua inserção no trabalho e na vida (Donnangelo; Pereira, 1979). Amparada por uma nova estrutura jurídico-política e ideológica, a saúde passou a ser entendida em sua relação com as estruturas da sociedade, seu modo de produção e reprodução.

Apesar das conquistas advindas da implantação do SUS e da atual política que rege os serviços de saúde, ainda é possível observar o caráter fragmentado das políticas de saúde. A integralidade ganhou um sentido individualizante e, ao mesmo tempo, fragmentado, e a atenção à saúde passou a ser configurada por práticas em programas específicos protocolados pelo Ministério da Saúde (MS), dissociadas umas das outras (Mattos, 2001).

Para reorientar o modelo assistencial em direção à promoção da saúde e da qualidade de vida, em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que prioriza a Atenção Básica e busca reorganizar a assistência a saúde no Brasil, tendo a família como objeto de atenção.

O estreitamento nas relações entre os profissionais de saúde e as famílias, em um território delimitado, é uma forma a garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilidade e equidade na Atenção Básica, fazendo com que esta seja a principal porta de entrada nos serviços de saúde (Brasil, 2000, 2008).

A reorientação do modelo assistencial em saúde proposta pela ESF pretende ir além dos muros das unidades de saúde, avançando para os espaços onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (Brasil, 1997). Ao buscar a ruptura com o modelo curativo e individualizante, a ESF elege como o objeto de atenção a própria família, que passa a ser compreendida a partir do contexto em que vive (Brasil, 1997).

Ainda assim, mesmo na Atenção Básica, o modelo assistencial voltado para a doença permanece hegemônico. A Atenção Básica ainda não é a principal porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde e as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e coletividades ora não são reconhecidas, ora se reduzem a demandas moduladas pelas ofertas dos serviços de saúde.

O monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, faz parte da vigilância em saúde nos serviços da Atenção Básica. Sua finalidade é identificar as necessidades de saúde dessas famílias, com vistas à intervenção.

Entretanto, ações de vigilância muitas vezes são negligenciadas por equipes da ESF, quer por falta de entendimento do conceito ampliado de vulnerabilidade, quer porque tais equipes não contam com instrumentos e recursos necessários.

Assim, este estudo pretende contribuir para a identificação de famílias em situação de vulnerabilidade nos serviços da Atenção Básica, de modo a priorizar suas necessidades de saúde, sob a perspectiva da integralidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Identificar famílias em situação de vulnerabilidade em uma Unidade Básica de Saúde da ESF.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil de famílias da área de abrangência da Unidade;
- Identificar famílias em situação de vulnerabilidade, utilizando o Índice de Desenvolvimento de Famílias (IDF);
- Identificar as necessidades de saúde expressas pelos indicadores de vulnerabilidade muito grave e grave do IDF.

3 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

3.1 A Estratégia Saúde da Família

Em 1994, a Estratégia Saúde da Família foi instituída como modelo de atenção à saúde pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica do País e, principalmente, garantir os princípios do SUS (Brasil, 2008). Inicialmente recebeu o nome de Programa Saúde da Família, porém, na sua fase de consolidação, foi renomeada Estratégia Saúde da Família.

O contexto no qual a ESF foi proposta era (e ainda é) caracterizado por práticas assistenciais centradas na doença, em que a principal porta de entrada para os serviços de saúde eram os hospitais. Os serviços da Atenção Básica eram considerados pouco qualificados e despreparados para o atendimento das necessidades de saúde das coletividades e pouca ênfase era dada às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (Brasil, 2000).

A ESF surgiu da necessidade de transformar o modelo de atenção a saúde vigente, com foco nos princípios do SUS. Suas ações são consideradas como a principal forma de reorganização do modelo assistencial, sendo este o motivo pelo qual houve a troca do termo “Programa” para “Estratégia” (Brasil, 2006b). Assumiu a responsabilidade de fomentar o estabelecimento de vínculos e compromissos entre profissionais da saúde e população, a fim de reorganizar o modelo de atenção à saúde. Para tanto, foi necessário mudar a forma de atuação, a organização geral dos serviços e o objeto de atenção à saúde (Brasil, 1997).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006b), dentre as ações esperadas pela ESF, pode-se citar:

- a atualização do cadastro das famílias, de forma sistemática, a fim de obter dados de sua situação de saúde, considerando as características sociais, culturais, econômicas, demográficas e epidemiológicas;
- o mapeamento do território de atuação;
- o diagnóstico, a programação e o planejamento das ações;
- o cuidado ampliado das famílias, a partir do conhecimento da estrutura e funcionalidade familiar;
- a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e o trabalho em equipe;
- a valorização de diversos saberes e práticas profissionais, na perspectiva da abordagem integral e da criação de vínculos de confiança entre os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde;
- o incentivo à participação popular, por meio do controle social, e
- a avaliação contínua das ações de saúde, para garantir a eficiência e a resolubilidade nas práticas cotidianas.

É um engano pensar que a ESF deve dirigir suas ações apenas para grupos de risco, como gestantes, hipertensos e diabéticos, por exemplo, ou direcionar suas práticas apenas para os programas protocolados pelo governo. É claro que os serviços de saúde devem atuar considerando a vigilância em saúde, sem se restringir, entretanto, à implementação de ações verticais previstas nos programas ministeriais e paralelas à promoção da saúde.

Dentre as atribuições da ESF há ações relacionadas a promoção da saúde, atendimento da demanda espontânea e programada, prevenção do adoecimento, manutenção da saúde e atenção às fases específicas do ciclo vital (Brasil, 2006b). Essas atribuições remetem à integralidade como princípio organizador das práticas de atenção à saúde na ESF, orientadas para as necessidades de saúde das famílias. Na ESF, a família é o foco da atenção e o espaço geo-social é o substrato para o trabalho em saúde:

[...] mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo ainda uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Brasil, 1997, p. 9).

Redirecionar a atenção à saúde para a integralidade e a equidade implica reorganizar as práticas das equipes da ESF, de modo que tenham como objeto de atenção as famílias em um dado território geo-social e considerem as necessidades de saúde dessas famílias como necessidades de reprodução social.

3.2 Necessidades de saúde

Em seus estudos, Campos e Mishima (2005) identificaram na literatura duas abordagens referentes ao conceito de necessidades de saúde: uma primeira, mais abstrata, presente nos trabalhos de Heller e Mendes-Gonçalves, e outra, concreto-operacional, presente nos textos de Stotz.

Segundo Heller (1986), as necessidades de saúde podem ser conceituadas como:

Desejo consciente, aspiração, intenção dirigida em todo momento para um certo objeto que motiva uma ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independente do fardo de que se trate de mercadoria, de um modo de vida ou de outro homem (Heller, 1986, p. 170).

Duas categorias de necessidades são identificadas por Heller (1986): necessidades naturais e necessidades socialmente determinadas. A primeira refere-se às necessidades físicas, do campo biológico, que ela denomina *necessidades necessárias*. A segunda diz respeito às necessidades relacionadas a desejos conscientes, aspirações, intenções dirigidas a um objeto (proporcionado por uma objetivação social) que motiva uma ação, existindo uma correlação entre necessidades pessoais e sociais (Heller, 1986).

A primeira subcategoria das necessidades, as **necessidades naturais**, está relacionada aos instintos de autoconservação e inclui as necessidades de alimentação, proteção, abrigo, segurança.

Como afirma a autora, são naturalmente necessárias, pois sem elas, os seres humanos não poderiam se manter como seres naturais. Entretanto, Heller destaca que mesmo as necessidades naturais são necessidades sociais, pois, embora relativas à conservação e à reprodução da vida, condição para a existência humana, as formas para sua satisfação variam histórica e socialmente e elementos culturais, costumes e valores são decisivos para sua satisfação (Heller, 1986).

Heller estabelece uma distinção entre as necessidades naturais ou existenciais e as necessidades propriamente humanas. Para ela, as necessidades naturais são “ontologicamente primárias, desde o momento em que estão baseadas no instinto de autoconservação” (Heller, 1986, p. 170-1). Compreendem a necessidade de alimentação, a necessidade sexual, de contato social e de cooperação e a necessidade de atividades. Ainda assim, não podem ser consideradas estritamente naturais, pois estão sujeitas a interpretações em um contexto social determinado.

Já as **necessidades propriamente humanas** não se limitam à garantia da sobrevivência. Compreendem o descanso superior ao necessário para a reprodução da força de trabalho, a atividade cultural, a reflexão, a amizade e a atividade moral.

Heller (1986) faz referência ainda às **necessidades alienadas**, que designam as necessidades criadas pelo capitalismo, relacionadas à acumulação de riquezas. Esse grupo de necessidades apresenta uma característica quantitativa, relacionada à acumulação de capital, diferentemente das não alienadas, que têm um caráter qualitativo. A busca da satisfação das necessidades alienadas tende ao infinito e, portanto, dificilmente é alcançado um nível de saturação, pois só podem ser superadas e interrompidas por um processo de desenvolvimento das necessidades de caráter qualitativo.

Mendes-Gonçalves (1992) considerava que as necessidades alienadas só poderiam ser superadas por mudanças nas estruturas de poder que as geram. Aplicava, assim, o conceito de **necessidades radicais**, cuja satisfação

requer a remoção de obstáculos sócio-históricos. São dirigidas para as transformações da estrutura das necessidades, “não são um tipo-ideal, mas um tipo empírico, idêntico à existência de seus portadores, que necessitam ‘necessariamente’ a remoção dos obstáculos sócio-históricos para sua satisfação” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 22). Como não são determinadas social e historicamente, com base nos modos de produção, as necessidades radicais não são necessidades de reprodução social - estão relacionadas aos processos de criatividade e liberdade que nos tornam propriamente humanos.

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o ser humano é a um só tempo um ser natural e social, parte de uma totalidade social historicamente determinada. Possui carecimentos e potencialidades, passíveis de modificações e desenvolvimento. A partir do momento que tanto os carecimentos como as necessidades são tidos como formas de objetivação que se modificam e desenvolvem-se, abandona-se qualquer ideia relacionada à fixidez “naturalista” de necessidades e carecimentos em saúde.

Para Mendes-Gonçalves (1992), o ser humano diferencia-se dos outros seres naturais justamente pela capacidade de satisfação de seus carecimentos a partir da utilização de seus poderes. Ou seja, quando o lança mão de artifícios, como o pensamento ou a utilização de instrumentos para a satisfação de seus carecimentos, esses assumem um caráter social e histórico e não apenas de sobrevivência. As necessidades humanas são ao mesmo tempo naturais e sociais, pois para continuar a existir, o ser humano, como ser natural, deve relacionar-se com a natureza, por meio do trabalho.

Por isso não é possível chamar de naturais quaisquer necessidades humanas, mesmo aquelas relacionada à sobrevivência, pois mesmo essas, para serem satisfeitas, exigem a aplicação de poderes que fazem do ser humano um ser sócio-histórico. Por essa razão, Heller (1986) passou a designá-las necessidades “necessárias”.

Mesmo as necessidades “necessárias” não são fixas, modificam-se, diversificam-se e ampliam-se a cada vez que são satisfeitas. Necessidades são, portanto, produtos históricos, uma vez que, ao serem satisfeitas permitem ao ser humano reproduzir-se como tal e carregam consigo características das primeiras necessidades satisfeitas.

Ainda segundo Mendes-Gonçalves (1992), a satisfação de uma necessidade é o produto de um processo de trabalho, resultado da aplicação da ação dos seres humanos sobre um objeto determinado, em resposta a uma necessidade que, ao ser reiterada ou ampliada, dá origem a outro processo de trabalho, caracterizando dessa forma a circularidade existente entre necessidades e processos de trabalho.

Campos e Bataiero (2007) destacaram a complexidade que o tema das necessidades assume no âmbito dos serviços de saúde. Segundo os autores, as necessidades de saúde vêm sendo abordadas sob a perspectiva operacional, ou seja, aquela em que o objeto da atenção em saúde é conformado pela oferta dos serviços de saúde.

Essa organização traz como consequência a associação das necessidades de saúde com o consumo dos serviços, geralmente sob a forma de consultas médicas (Campos; Bataiero, 2007).

Para Stotz (2004), as necessidades de saúde são individuais, biológicas, social e historicamente determinadas e satisfazê-las socialmente é um sinal do seu reconhecimento. Destaca que, embora as necessidades de saúde sejam sentidas individualmente, o sistema social de atenção procura considerá-las por meio de questões abstratas, baseadas em indicadores, por exemplo. Ao considerar apenas alguns indicadores, acaba por descontextualizar as pessoas dos determinantes de seu processo saúde doença, privilegiando determinadas condições de saúde e ocultando ou reprimindo outras necessidades de saúde.

Pensar em necessidades de saúde como necessidades de reprodução social implica adotar, implícita ou explicitamente, a concepção de saúde e de doença que lhe é correspondente, no caso, a determinação social de processo saúde-doença, relacionada aos processos de produção e reprodução social (Laurell, 1983; Stotz, 2004).

Cecílio (2001), tal como Stotz (2004), considera que as necessidades de saúde só podem ser captadas no âmbito individual. Advoga que adotar as necessidades como eixo norteador das práticas em saúde exige a construção de novos saberes para reorganizar o processo de trabalho, gestão e planejamento em saúde, na luta pela equidade e pela integralidade. Para isso, destaca a necessidade de conceituar necessidades de saúde de forma que os trabalhadores de saúde possam se apropriar do conceito e implementá-lo no

cotidiano do trabalho em saúde. Propõe uma taxonomia de necessidades de saúde, agrupando-as em quatro grandes grupos: “boas condições de vida”, acesso às tecnologias, criação de vínculos e autonomia.

O primeiro grupo, “**boas condições de vida**”, está relacionado tanto aos aspectos mais funcionalistas, enfatizados por fatores ambientais e externos (higiene e urbanização, por exemplo), quanto pelas diferentes posições ocupadas pelos indivíduos no modo de produção das sociedades, que melhor explicam o processo saúde-doença.

O segundo grupo relaciona-se ao **acesso e ao consumo das tecnologias de saúde** utilizadas para melhorar e prolongar a vida. O autor parte do conceito de tecnologias leve, leve-dura e dura, proposto por Merhy, ressaltando que não tem a pretensão de hierarquizá-las. Porém, destaca que o poder de uso de cada tecnologia deve estar relacionado às necessidades de cada pessoa.

O terceiro grupo diz respeito à **criação de vínculos** entre usuários e profissionais de saúde, objetivando o desenvolvimento de uma relação de confiança. O vínculo é entendido como mais que uma formalidade, pois implica um encontro de subjetividades, uma relação de confiança contínua, pessoal e intransferível.

E, por fim, o quarto grupo, que diz respeito à necessidade que cada pessoa apresenta em relação à **autonomia** para andar a vida e que implica mais que informação e educação, pois exige dos sujeitos a reconstrução dos

sentidos de sua vida, tendo essa ressignificação um peso efetivo em seu modo de viver, bem como na satisfação de suas necessidades de forma ampliada.

As necessidades em saúde diferenciam-se entre si a depender das diferentes formas de inserção social de indivíduos, famílias e grupos sociais. Estão relacionadas e expressam diferentes condições de vulnerabilidade e requerem projetos de intervenção distintos (Campos, Mishima, 2005; Nakamura et al., 2009). Portanto, satisfazê-las exige compreender as formas de viver de indivíduos e famílias.

Os serviços de saúde ainda não detêm as tecnologias requeridas para identificar as necessidades em saúde expressas pelos diferentes grupos sociais. A reorganização do modelo assistencial pressupõe, portanto, capacitar as equipes de saúde para o reconhecimento e o enfrentamento dessas necessidades, na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença (Egry, 1996).

Serviços organizados de forma a responder às necessidades de saúde da população devem adotar uma concepção de vulnerabilidade capaz de interligar os aspectos individuais aos coletivos (Muñoz-Sánchez; Bertolozzi, 2007). Os trabalhadores de saúde devem levar em conta que as necessidades, uma vez satisfeitas, serão reiteradas ou ampliadas, o que exigirá a instauração de um novo processo de trabalho para continuar a atendê-las.

3.3 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 et al., 1999, p. 51). Foi amplamente discutido na área da saúde a partir da epidemia da Aids, quando passou a ser utilizado para ampliar a compreensão sobre o progresso da doença.

Compreender o conceito de vulnerabilidade implica diferenciá-lo do conceito de risco, que tem um caráter analítico, enquanto que a vulnerabilidade é compreendida por suas aspirações sintéticas (Ayres et al., 2003).

O conceito de risco “lança mão de procedimentos estocásticos e probabilísticos” (Ayres et al., 2008, p.392). Os procedimentos estocásticos são aquele que afirmam a probabilidade de um indivíduo qualquer, pertencente a um grupo identitário (grupo dos expostos), venha a pertencer, também, a outro grupo com identidade própria (grupo dos afetados) (Ayres et al., 2003).

O conceito de risco está relacionado à Epidemiologia Clássica, que busca isolar um determinado fenômeno, decompondo-o em partes e discriminando-o e, assim, verificar sua distribuição nas populações afetadas. Relaciona-se à probabilidade de ocorrência de um agravo em determinados indivíduos ou grupos. Apresenta caráter analítico, uma vez que relaciona eventos e condições patológicas a outros eventos e condições não-patológicas (Ayres et. al, 2003).

Já a vulnerabilidade é compreendida como o resultado do conjunto de determinações que incluem aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos, que podem resultar em suscetibilidades ao adoecimento ou a agravos de saúde (Muñoz-Sánchez; Bertolozzi, 2007). A vulnerabilidade é, portanto, a busca pela “*síntese*”, em que elementos do plano abstrato e teórico 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 et al., 2003).

Em outras palavras, o risco está relacionado às chances matemáticas de um indivíduo qualquer adoecer, ou melhor, às chances de pertencer ao grupo dos “*afetados*”, desde que faça parte do conjunto de expostos a uma dada situação. A vulnerabilidade, por sua vez, “quer expressar ‘os potenciais’ de adoecimento/não-adoecimento relacionados ‘a todo e cada indivíduo’ que vive em um certo conjunto de condições” (Ayres et al., 2003, p.128).

Vale destacar que as suscetibilidades ao adoecimento não estão relacionadas ao aspecto meramente individual, mas também ao coletivo, e à disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção de pessoas e coletividades (Ayres et al, 2008).

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. Ayres define esses eixos como vulnerabilidade individual, social e programática (Ayres et al., 2008).

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 avalia o acesso à informação, o 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 é entendida como a avaliação da capacidade de resposta de programas e instituições às condições socialmente dadas de vulnerabilidade (Ayres et al., 2008). Ayres resume o conceito de vulnerabilidade como o movimento que considera:

[...] a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres et al., 2003, p. 123).

Em síntese, a vulnerabilidade não está relacionada às simples associações de eventos probabilísticos e lineares, em que um indivíduo qualquer, que pertence a um grupo x, terá maior probabilidade de pertencer ao grupo y.

Ao contrário, requer considerar a variabilidade e a dinâmica das variáveis em questão, atribuindo-lhes sentidos e significados sociais. Assim, a suscetibilidade ao adoecimento está relacionada aos aspectos coletivos e à disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção de pessoas e coletividades (Ayres et al., 2008).

Hogan e Marandola Jr (2005) adotam uma perspectiva “economicista” da vulnerabilidade, classificando-a em socioeconômica e sociodemográfica. A vulnerabilidade socioeconômica está relacionada à posição em que as pessoas ocupam na sociedade, às oportunidades e aos ativos de que dispõem para enfrentar possíveis desvantagens sociais. Já a vulnerabilidade sociodemográfica está relacionada ao entendimento das distintas categorias dos grupos socioeconômicos que influenciam as decisões individuais e familiares.

A vulnerabilidade socioeconômica considera que a posição hierárquica que o indivíduo ocupa na sociedade irá determinar diferentes oportunidades de vida. Ou seja, os indivíduos com mais vantagens sociais e mais ativos para o enfrentamento de determinadas situações terão mais oportunidades de vida quando comparados com aqueles que, situados em posição inferior na escala hierárquica, enfrentarão desvantagens sociais, pois carecem de ativos para fazer face às diferentes situações de vulnerabilidade (Rodríguez, 2000 apud Hogan; Marandola Jr, 2005).

Na vulnerabilidade sociodemográfica, a família pode atuar na potencialização de ativos e oportunidades para contribuir na diminuição da vulnerabilidade. Isso se torna possível porque características demográficas

distintas serão importantes na tomada de decisões, influenciadas pelos contextos e biografias de cada pessoa da família.

A vulnerabilidade está associada às desvantagens sociais que, por sua vez, produzem e são produtos da pobreza. Rodríguez (2000 apud Hogan; Marandola Jr., 2005) relaciona vulnerabilidade social, pobreza e desvantagens sociais, uma vez que entende que essas condições afetam negativamente as pessoas, coletividades e lugares. Para esse autor, as desvantagens sociais resultam em diminuição do acesso, seja por falta de conhecimento das pessoas ou por falta de disponibilidade na sociedade, menor capacidade de gestão ou até mesmo de oportunidades de que a sociedade dispõe para o desenvolvimento de seus membros.

Kaztman (1999) define vulnerabilidade como:

um desajuste entre ativos e estruturas de oportunidades, proveniente da capacidade dos atores sociais de aproveitar oportunidades em outros âmbitos socioeconômicos e melhorar sua situação, impedindo a deterioração em três principais campos: os recursos pessoais, os recursos de direito e os recursos em relações sociais (Kaztman, 1999 apud Hogan; Marandola Jr, 2005, p. 28).

Para Hopenhayn (2002 apud Hogan; Marandola Jr., 2005) a cidadania ganha destaque central nas discussões de vulnerabilidade e está associada às desigualdades sociais e pobreza. Para o autor, o resultado da vulnerabilidade econômica, política e cultural é a vulnerabilidade da cidadania. Ao enfrentar dificuldades em exercer a cidadania nos espaços públicos, as pessoas buscam conciliar suas vontades individuais na esfera privada.

Essa situação é reflexo das relações estremecidas entre cidadania e Estado e resulta em momentos de autonomia das pessoas, relacionadas principalmente ao *empowerment* local ou à liberdade econômica.

Para Kowarick (2002 apud Hogan; Marandola Jr, 2005), a vulnerabilidade também está associada à privação ou fragilização da cidadania, principalmente relacionada ao trabalho, aos serviços de proteção social e ao aumento da violência urbana, situações em que há perda dos direitos e precarização dos serviços coletivos que garantem proteção para os grupos mais carentes. Considera que o cruzamento dos eixos econômicos e sociais define diferentes zonas: de *integração*, em que há garantias coletivas e legais de trabalho; de *vulnerabilidade*, caracterizada pela precarização do trabalho e fragilização da sociedade primária (família, parentela, bairro, associações, ambiente de trabalho); de *assistência*, relacionada aos subsídios públicos para que se evite o desligamento social e econômico e de *desfiliação*, relacionada ao desemprego e perda das raízes na vida social cotidiana. O indivíduo estará em situação de vulnerabilidade caso esteja susceptível a entrar nas zonas de assistência e desfiliação.

Watts e Bohle (1993 apud Hogan; Marandola Jr., 2005) definem a vulnerabilidade com enfoque na exposição, capacidade e potencialidade, termos apresentados na teoria do economista Amartya Sen, para quem a vida é o resultado de várias combinações e capacidades de realização, sendo a liberdade sua característica principal. Esses autores iniciam a discussão sobre vulnerabilidade a partir dos estudos da fome e pobreza, fundamentando suas considerações no entendimento que, para “empoderar” (*empower*) e “intitular”

(*entitle*) uma pessoa, é necessário que ela exerça sua liberdade e capacidade. A fome está relacionada ao desajuste na organização da sociedade na distribuição dos *entitlements* e das necessidades. Da mesma forma, a falência do *empowerment* resulta em falhas na estrutura produtiva e nas relações entre as classes sociais (Watts; Bohle, 1993 apud Hogan; Marandola Jr, 2005).

Dentre os conceitos de vulnerabilidade enumerados por Hogan e Marandola Jr. (2005), o que mais se aproxima da concepção de Ayres et al. (1999, 2008), adotada neste estudo, é o da vulnerabilidade sob a perspectiva da cidadania, a partir da noção de direitos e justiça social.

Quando relacionada ao conceito de cidadania, a vulnerabilidade expressa-se pela privação de direitos econômicos, políticos ou culturais, o que acarreta em ausência de pertencimento a sociedade e desvinculação entre Estado, cidadania e identidade (Hopenhayn, 2002 apud Hogan; Marandola Jr, 2005).

Ayres et al. (2008), por sua vez, consideram que a superação da vulnerabilidade envolve o desenvolvimento da autonomia e a construção de espaços intersubjetivos de diálogo e emancipação dos sujeitos. Destacam que a autonomia do indivíduo está relacionada a sua compreensão como sujeito social e agente da esfera pública e social.

A utilização de determinados conceitos nas práticas dos serviços de saúde, mesmo que de maneira implícita, resulta em diferentes percepções de vulnerabilidade.

A utilização do conceito de vulnerabilidade tal como proposto por Ayres pressupõe superar os limites impostos pela utilização do paradigma do risco, em busca de uma resposta social efetiva às iniquidades sociais.

Serviços de saúde atentos à redução da vulnerabilidade das famílias e grupos sociais não devem ter como foco exclusivo as intervenções destinadas ao âmbito individual, ainda que seja possível reduzir a vulnerabilidade por meio da abordagem individual.

Ayres et al. (2008) consideram que é possível reduzir vulnerabilidade via abordagem individual quando os profissionais alertam os sujeitos para a superação de obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm em situação de vulnerabilidade.

Essa afirmação merece destaque uma vez que remete à superação da vulnerabilidade sob a perspectiva da promoção da saúde e do empoderamento (*empowerment*). Contudo, operacionalizar essa noção, considerando que a vulnerabilidade está compreendida nos planos individual, social e programático, remete à necessidade de mobilizar outras estruturas que não estão restritas à dimensão singular dos serviços de saúde, ou seja, exige ações de intersetorialidade.

Em outras palavras, a redução da vulnerabilidade necessita de uma resposta social que, no âmbito preventivo, entrelaça ações intersetoriais, de desenvolvimento da autonomia e de construção de contextos intersubjetivos (Ayres et al., 2008).

Ao apontar a importância da intersectorialidade como uma das respostas preventivas que visa à redução da vulnerabilidade, Ayres et al. (2008) enfatizam a mobilização de setores como educação, trabalho, bem-estar social, jurídico e cultural, como uma forma de expandir as chances de melhores resultados.

A autonomia, outro ponto destacado pelos autores, fundamenta-se no princípio que os indivíduos são sujeitos sociais e agentes da esfera pública e social. Não se trata, entretanto, de direcionar a responsabilidade unicamente para os indivíduos.

Ao contrário, as estratégias que visam ao desenvolvimento da autonomia consideram os indivíduos como co-autores das transformações. Ou seja, os indivíduos devem saber identificar e mobilizar os recursos capazes de lhes proporcionar proteção envolver outras instâncias, além dos serviços de saúde, para superar situações de suscetibilidade a um dado sofrimento ou agravo.

A redução da vulnerabilidade ocorre quando os indivíduos colocam-se frente a frente, em seu entorno, em uma busca de condições mais satisfatórias de saúde (Ayres et al., 2008). Para isso, é necessário construir relações intersubjetivas de confiança, por meio da criação de espaços de reflexão e de expressão que aproximam saúde e direitos humanos. Gorovitz, apud Ayres et al. (2003), assim se refere à vulnerabilidade:

A vulnerabilidade não é binária – ela é multidimensional, ou seja, em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros; o que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto, pode nos

proteger sob outro. A vulnerabilidade não é unitária – ela não responde ao modelo ‘sim ou não’; há sempre gradações, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus. A vulnerabilidade não é estável – as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam constantemente ao longo do tempo (Ayres et al., 2003, p. 134).

As formas de inserção das famílias no modo de produção as expõem a diferentes situações de vulnerabilidade, de modo que são portadoras de diferentes necessidades sociais e de saúde.

Este estudo enfoca famílias atendidas pela ESF e considera que o processo saúde-doença resulta de processos de produção e reprodução social. Assim, a família será tratada no âmbito histórico e social. Este é um aspecto importante a ser enfatizado, pois distingue as famílias em função de suas diferenças históricas, culturais, políticas e contextuais. Com isso, recusam-se as definições a-históricas e universais de família (Egry; Fonseca, 2000), assim como de necessidades.

3.4 O conceito de família

O conceito de família está relacionado aos diferentes papéis e às variadas formas de funcionamento que esta assume no decorrer da história, como resultado de transformações políticas, econômicas e culturais que repercutem na estrutura e no funcionamento familiar.

A família é um produto do sistema social e que se modifica junto com a sociedade. O próprio conceito de família passou por grandes transformações

que corresponderam, aproximadamente, às principais evoluções históricas das sociedades humanas: estado selvagem, *barbárie* e civilização (Engels, 1984).

A primeira fase, o estado selvagem, caracteriza-se pela utilização dos recursos naturais do ambiente para a garantia da sobrevivência; a *barbárie* designa a fase em que a agricultura e a domesticação dos animais marcaram o modo de produção da vida material e, por fim, a civilização, associada pelo autor à industrialização. No estado selvagem, homens e mulheres não pertenciam a uma única família. A característica dessa fase eram os grupos em que um homem não se relacionava com uma única mulher, assim como a mulher não se relacionava com um único homem. Na fase da *barbárie*, a família *sindiásmica* caracteriza-se pela união do casal, em que havia um parceiro principal e o casamento consangüíneo não era permitido. No estado da civilização, as famílias caracterizavam-se pela monogamia, a procriação dos filhos e a preservação das riquezas foram privilegiadas e o homem passou a ocupar o centro da família (Engels, 1984)

Wright e Leahey (2009) utilizam a definição de que “*família é quem seus membros dizem que são*”. As autoras discutem o conceito de família englobando a idéia de que afeição, vínculos emotivos, sentimento de pertencer à família e o tempo como um membro, também são relevantes na composição familiar, que transcende as fronteiras tradicionais da consangüinidade.

Este estudo adotou o conceito de família utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em que 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” (IBGE, 2009, p: 28).

A adoção desse conceito permitirá avaliar situações de vulnerabilidade de famílias atendidas por equipes da ESF, favorecendo o reconhecimento de suas necessidades de saúde, de forma a subsidiar o trabalho dos profissionais que atuam na ESF.

4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

4.1 Integralidade

O reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde estão vinculados aos princípios da integralidade e equidade, o que exige das equipes de saúde um esforço para fazer a “tradução” dessas necessidades, bem como para realizar ações articuladas e complementares na atenção a saúde (Egry et al., 2008).

Considerando os objetivos deste trabalho, ancorado no reconhecimento das necessidades de saúde como resultado da determinação social do processo saúde-doença, adotar-se-á como categoria analítica a integralidade em seus diferentes sentidos (Mattos, 2001).

Princípio constitucional e doutrinário do SUS, a integralidade é motivo de grandes discussões para aqueles que estão inseridos nos serviços de saúde (Antunes; Guedes, 2010). Seu maior desafio é a realização de valores de justiça, democracia e a efetividade do acesso à saúde.

Segundo Ayres (2009), o princípio da universalidade impulsiona os profissionais de saúde a garantir a todos o acesso aos serviços de saúde, enquanto o da equidade “desafia a saber fazer o ‘que’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (Ayres, 2009, p. 14). Mattos (2001) considera que a integralidade é mais que um princípio constitucional do SUS; é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, que indica características desejáveis nas práticas e nos sistemas de saúde.

Segundo Mattos, toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, apresenta vários sentidos. Identifica três conjuntos de sentidos da integralidade: o primeiro está relacionado às políticas de saúde ou às respostas governamentais frente aos problemas de saúde; o segundo relaciona-se à organização dos serviços e o último refere-se às práticas dos profissionais de saúde no seu local de trabalho (Mattos, 2001, 2004).

O primeiro conjunto, relativo às políticas públicas, ao não objetivar e recortar os sujeitos para os quais se destinam as políticas e as ações de prevenção e assistência faz com que as políticas públicas voltem-se para as necessidades da população e não apenas para grupos específicos. O segundo conjunto admite que os serviços de saúde devem estar organizados de forma a reconhecer as necessidades da população de forma ampliada e não apenas as demandas relativas a doenças. E, por fim, o terceiro conjunto, se preocupa em identificar as necessidades de saúde dos usuários nos serviços, articulando técnicas curativas e preventivas e levando em consideração também as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle de doenças.

Neste trabalho foi considerado este último conjunto de sentidos: a integralidade nas práticas dos serviços de saúde, muito embora se compreenda que o alcance desse princípio, ou melhor, dessa “bandeira de luta”, efetiva-se com a articulação entre as organizações dos serviços e as respostas governamentais às necessidades de saúde.

Nessa perspectiva, a integralidade aproxima-se da noção de cuidado integral, ou cuidado em sua totalidade, que incorpora desde a promoção da saúde, a cura e a reabilitação (Antunes; Guedes, 2010).

Essa afirmação merece destaque especial, pois permite que a integralidade seja interpretada como garantia de acesso a todos os serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade.

Esse entendimento faz parte de uma das noções de integralidade que articula as ações dos serviços de saúde da Atenção Básica com os demais níveis de complexidade do sistema de saúde, compreendidos e articulados na organização dos serviços e nas respostas governamentais frente às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades.

Por outro lado, é importante diferenciar o acesso universal e igualitário a todas as ações e níveis de complexidade dos serviços de saúde da noção de integralidade em cada nível de atenção. Mattos destaca que em qualquer nível de atenção é necessário articular ações assistenciais e de prevenção, de modo a apreender as necessidades de saúde de forma ampliada (Mattos, 2001, 2004).

A garantia ao acesso universal a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde exige diferentes organizações tecnológicas dos serviços. Ao contrário do que pensam alguns, as ações de prevenção não devem restringir-se apenas a um determinado nível de atenção. Prevenção e assistência devem estar articuladas para responder às necessidades de saúde das pessoas em todos os níveis de atenção. As ações de prevenção precisam superar os limites impostos pelas preocupações em executar protocolos. Integram o conjunto das atividades voltadas ao alcance da integralidade, não se restringindo, portanto, às demandas relacionadas a doenças ou agravos, visto que podem silenciar outras necessidades.

O alcance da integralidade exige mais que a mera formalidade para o cumprimento de metas e estatísticas, mais que ações unívocas ou reducionistas, pois implica apreender necessidades de saúde e responder a elas de modo adequado e contextualizado.

Apreender necessidades de saúde de forma ampliada exige considerar o contexto específico em cada encontro entre profissionais de saúde e usuários, partindo do princípio de que a experiência do sofrimento e a expectativa das pessoas frente aos serviços de saúde são construídas socialmente (Mattos, 2004). O reconhecimento das necessidades de saúde por parte dos profissionais deve ser ampliado de forma a compreender e articular os significados da demanda espontânea nos serviços com o significado das ofertas feitas, levando em consideração o contexto de vida dos sujeitos, a fim de criar condições para encontros em contextos específicos no futuro (Mattos, 2004). Nesse sentido, pode-se dizer que a integralidade novamente se associa ao cuidado.

Pensar na integralidade como cuidado remete à necessidade de que as práticas nos serviços de saúde estejam voltadas para a aproximação e a escuta entre sujeitos. Logo, implica uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto (Boff, 2005; Mattos, 2004).

Boff (2005) entende o cuidado como “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato” (Boff, 2005, p. 29). Trata-se de uma atitude fundamental em que uma pessoa preocupa-se, inquieta-se e responsabiliza-se por outra.

Para Ayres (2004), o cuidado é uma conformação humanizada da assistência que necessita de um caráter ampliado e flexibilizado na aplicação das tecnociências da saúde. Ou seja, o importante para o cuidado é articulação entre o saber técnico e o não-técnico, “o diálogo entre essas dimensões interligadas” (Ayres, 2004, p. 22).

A integralidade como cuidado pressupõe pensar a ação em saúde como encontro intersubjetivo, o que requer que os sujeitos se reconheçam como dotados de subjetividade e, como diz Ayres (2001, 2004), de projetos de felicidade. As relações intersubjetivas, muitas vezes caracterizadas por sonhos, desejos, aspirações, medos e expectativas, pressupõem o diálogo entre os envolvidos, no caso, profissionais e usuários, para responder às necessidades de saúde, objeto-fim da integralidade, que exige seu reconhecimento por sujeitos em relação.

Vale lembrar que as necessidades de saúde muitas vezes não são aquelas apresentadas pelos sujeitos no momento em que procuram o serviço de saúde, ou seja, necessidades moduladas pelas ofertas do serviço.

Então, de que necessidades estamos falando? Muitas vezes as necessidades de saúde são silenciosas e estão menos vinculadas à experiência individual da doença e do sofrimento, pois estão relacionadas às condições sociais e ideologias vigentes, que muitas vezes não são percebidas pelas pessoas. Nas palavras de Stotz (2004):

As necessidades de saúde podem ou não ser sentidas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de

serviços pode ou não atender às demandas e, por último, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isso, sejam sentidas (Stotz, 2004, p. 289).

Para que a integralidade seja efetivada, as necessidades de saúde devem ser reconhecidas e “traduzidas” pelos profissionais de saúde, o que exige estratégia e sensibilidade. Dentre as estratégias que os profissionais de saúde lançam mão (ou deveriam fazê-lo) para o cuidado como questão-chave da integralidade está o exercício do diálogo. O diálogo, a escuta atenta, enxergar o outro como sujeito tornam possível apreender as necessidades de saúde de forma ampliada e responder a elas adequadamente.

Ayres (2004) propõe que o termo “cuidado” seja utilizado como substantivo próprio, em substituição ao substantivo simples, relacionado às atividades e procedimentos no sentido comum, definindo como:

Designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (Ayres, 2004, p. 22).

O cuidado não se refere ao âmbito exclusivamente individual. Entende-se que os sujeitos têm formas de “andar a vida” e essas formas são resultados dos modos de produção em que estão inseridos e que se modificam no decorrer do tempo.

Os sujeitos apresentam singularidades que se expressam nas formas de viver, formas essas que emergem dos modos como a vida organiza-se coletivamente (Canguilhem, 1978; Mattos 2004).

A integralidade tem forte matiz ideológico e cultural que permeia a abordagem do processo saúde-doença em sua determinação histórico-social e tem como objeto do trabalho em saúde o ser cuidado e a finalidade de atender às necessidades de saúde (Silva; Sena, 2006, p. 491).

Assim, há necessidade de reconhecer os sujeitos que utilizam os serviços de saúde como agentes históricos, sociais e políticos, articulados no contexto familiar e social em que se inserem (Machado et al., 2007). Além disso, a integralidade caracteriza-se também pela apreensão das necessidades de saúde do coletivo.

Há algumas controvérsias em relação ao alcance pleno da integralidade, que exige a articulação entre políticas de saúde, organização dos serviços e práticas profissionais. Este último ponto, recorte deste estudo, remete à necessidade de reconhecimento das necessidades que os sujeitos expressam nos modos de andar a vida, o que requer abertura para o diálogo e a escuta.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico, observacional, transversal e de abordagem quantitativa.

5.2 Questão do estudo

A questão orientadora deste estudo foi: *Como identificar famílias em situação de vulnerabilidade, atendidas na Atenção Básica, de modo a priorizar o atendimento de suas necessidades?*

5.3 Local do estudo

O estudo foi realizado na área de abrangência da Unidade ESF Posto Urbano 1, da cidade satélite de São Sebastião do Distrito Federal, que corresponde a Região Administrativa XIV.

Figura 1 – Mapa das regiões administrativas do Distrito Federal, com destaque para a RA XIV. Brasília, 2007. Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Brasília, 2007.

A Região Administrativa XIV de São Sebastião – DF possui 69.469 habitantes, dos quais 33.948 (48,9%) são do sexo masculino e 35.521 (51,1%) do feminino (Brasília, 2007). Está delimitada em uma área total de 383,70 km² e é composta por áreas urbana e rural (Brasília, 2007). A área urbana é constituída pelos bairros denominados Agrovila, Setor Residencial Oeste, Vila Nova e Área Especial, enquanto a área rural compreende o Núcleo Rural Recanto da Conquista e áreas isoladas, chamadas de Cava de Baixo, Cava de Cima, Papuda, Riacho Frio, Quilombo e Taboquinha (Brasília, 2007).

A estimativa é que a população da Região Administrativa de São Sebastião tenha superado 100.000 habitantes no ano de 2010, já que a última coletânea de informações divulgada até o momento data de 2007 (Brasília, 2010). Há predomínio de jovens, já que 47,0% da população têm menos que 20 anos de idade (Brasília, 2010).

As crianças com menos de 10 anos estão representadas por 25,5% da população com menos de 20 anos. Já a população compreendida entre 20 a 30 anos corresponde a 20,0% do total, enquanto que apenas 3,0% da população têm mais de 60 anos (Brasília, 2010).

São Sebastião conta um Centro de Saúde, que também funciona como uma Unidade Mista, 15 equipes de ESF lotadas em 11 unidades de saúde, sendo que duas dessas unidades são responsáveis por áreas rurais, e um Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

O Posto Urbano 1 está localizado no bairro Vila Nova e há 1.849 famílias cadastradas em sua área de abrangência, atendidas por duas equipes da ESF: Bosque 1 e Vila Nova 2. Ambas são responsáveis por cinco micro-áreas.

De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do total de 4.128 pessoas cadastradas, a hipertensão arterial ocupa o primeiro lugar entre os agravos mais prevalentes, acometendo 373 pessoas (9,04% dos moradores); seguida por *diabetes mellitus* (76 pessoas ou 1,84%) e alcoolismo (65 pessoas ou 1,60%).

5.4 População do estudo

A população do estudo foi constituída pelas 1.849 famílias que residem na área de abrangência das duas equipes, Bosque 1 e Vila Nova 2, da ESF Posto Urbano 1 na cidade satélite de São Sebastião-DF.

Para a realização da pesquisa definiu-se uma amostra de 320 famílias por meio do método de amostragem aleatória simples. Este método utiliza estimativas da proporção populacional e é usado quando há um cadastro da população, ou seja, a população é finita (Levine et al, 2000).

Para determinar o tamanho da amostra (n), com base na estimativa da proporção populacional (Levine et al, 2000), utilizou-se a fórmula :

$$n = \frac{N \times p \times q \times \left(Z_{\alpha/2}\right)^2}{p \times q \times \left(Z_{\alpha/2}\right)^2 + (N - 1) \times E^2}$$

Em que:

n = número de indivíduos na amostra;

N = número de indivíduos na população;

p = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria em estudo;

q = proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria e que há interesse em estudar ($q = 1 - p$);

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

E = margem de erro ou erro máximo de estimativas, que identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção.

Para o cálculo da amostra foram utilizadas as seguintes constantes:

- $p \times q = 0,25$;
- $Z_{\alpha/2} = 1,96$;
- $E^2 = 0,05$.

Assim, a amostra foi definida:

$$n = \frac{1.849 \times 0,25 \times (1,96)^2}{0,25 \times (1,96)^2 + (1.849 - 1) \times (0,05)^2} = \frac{1.849 \times 0,25 \times 3,8416}{0,25 \times 3,8416 + 1.848 \times 0,0025} = 318,2$$

Definiu-se como 320 o número de famílias para a realização do estudo. Levou-se em consideração um erro de 5%, que permite definir intervalos de confiança de 95%. Quanto menor o erro, maior o nível de confiança exigido e, conseqüentemente, maior o tamanho da amostra requerido (Levine et al, 2000).

Para seleção da amostra, foi realizado um sorteio aleatório pelo aplicativo Excell. As famílias foram enumeradas de 1 a 1.849 e 320 foram sorteadas aleatoriamente, por meio do aplicativo. Em seguida, foram separadas em suas respectivas micro-áreas, para facilitar a coleta de dados.

O critério de inclusão constou de famílias cadastradas nas equipes da ESF em que, no momento da entrevista, o entrevistado tivesse idade maior ou igual a 18 anos. O critério de exclusão foi famílias não encontradas no primeiro momento da visita e pessoas que se recusasse a participar da entrevista.

No momento das visitas, o chefe da família era solicitado a responder as perguntas. Quando não se encontrava em casa, a entrevista era realizada com um dos membros da família com 18 anos ou mais. Famílias não encontradas foram substituídas em um novo sorteio, também aleatório, com as famílias restantes e que não participaram do primeiro sorteio.

5.5 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas no período de outubro de 2010 a fevereiro de 2011, pela própria pesquisadora, com a colaboração de agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem da Unidade Básica.

A primeira dificuldade foi que quatro micro-áreas estavam sem ACS. Como os bairros visitados são áreas consideradas violentas, foi necessário realizar as visitas na companhia de auxiliares de enfermagem ou de outro profissional da equipe, o que prolongou o período de coleta de dados.

As visitas foram realizadas nos endereços cadastrados no SIAB, porém, ao realizá-las, muitas vezes os dados das famílias não correspondiam aos registrados. Assim, o momento também foi uma oportunidade para atualização dos dados do Sistema de Informação.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Para a caracterização do perfil das famílias foi utilizado um questionário (APÊNDICE 2) contendo as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Sexo: masculino e feminino.
- Idade: em anos completos, posteriormente classificados nas faixas etárias correspondentes a criança (0 a 10 anos), adolescente (11 a 20 anos), adulto (21 a 59) e idoso (60 anos e mais).
- Cor/etnia autodeclaradas: amarela, branca, parda, preta e indígena.
- Situação conjugal: solteiro, casado, união estável, divorciado (separado ou desquitado) e viúvo.
- Escolaridade: registrada em função da conclusão (completo ou incompleto) dos ensinos fundamental, médio e superior. Também foi registrada a condição do analfabetismo (analfabeto e analfabeto funcional). Para isso, foi utilizada a definição do IBGE (2010), que considera analfabeta a pessoa que declara não saber ler e escrever um bilhete simples, ou que aprendeu, mas que esqueceu como ler e escrever, mesmo sabendo escrever o nome. O IBGE (2010) define a taxa de analfabetismo funcional como a porcentagem de um grupo de

peessoas, com determinada faixa etária, com menos de três anos de estudos, quando comparada com o total de pessoas na mesma faixa etária. Portanto, foi considerada analfabeta funcional a pessoa com até três anos de estudos ou que informava saber ler e escrever, mas que não entendia o conteúdo do que estava lendo. Para o cálculo do IDF, a informação sobre menores de 17 anos fora da escola foi importante. Assim, os integrantes das famílias nessa situação foram incluídos sob o critério de estar ou não matriculados na escola e não sob o critério de terem concluído o ensino. A designação *não se aplica* foi destinada às crianças de zero a seis meses.

- Local de nascimento, por regiões: Sudeste, Sul, Nordeste, Norte, Centro-Oeste e outro país.
- Renda familiar: calculada a partir da renda individual de cada integrante da família em salários mínimos (SM): menor que 1 SM, entre 1 e 2 SM, maior que 2 e menor ou igual a 3 SM e acima de 3 SM. Na composição da renda, além dos proventos decorrentes de atividades remuneradas, foram incluídos auxílios do governo, transferências de renda, pensão alimentícia, entre outros. Posteriormente, essas informações foram utilizadas para classificar as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza.

Para identificar famílias em situação de vulnerabilidade, utilizou-se o Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) proposto por Carvalho et al. (2007). Na análise da situação de vulnerabilidade foram considerados: o

acesso ao conhecimento, acesso ao trabalho, a disponibilidade de recursos, as condições de desenvolvimento infanto-juvenil e as condições habitacionais.

O IDF é indicador sintético calculável para cada família e que pode ser aplicado a qualquer grupo demográfico, como famílias chefiadas por mulheres, negros ou idosos. Surgiu da tentativa de superar algumas limitações de indicadores já utilizados para sintetizar as dimensões da pobreza, como, por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O IDH utiliza indicadores baseados na insuficiência de renda para ordenar a situação social de países, regiões, políticas sociais e avaliar o progresso do combate à pobreza. Dentre outras limitações, está a forma como o IDH agrega as informações, utilizando unidades geográficas como unidade básica de análise, e que não permite dissociar os resultados encontrados para famílias ou grupos sociais, sendo esta uma das principais limitações apontadas por Carvalho et al. (2007).

Outras limitações são a seleção arbitrária dos indicadores, bem como a utilização de apenas quatro deles (esperança de vida ao nascer; taxa de analfabetismo; taxa de matrícula combinada; e renda *per capita*) para sintetizar as dimensões da pobreza. Localizar, definir e caracterizar a pobreza urbana são tarefas difíceis quando se estuda um dado território. Em uma mesma delimitação geográfica podem ser encontrados indivíduos e famílias que ocupam diferentes espaços sociais (Najar et al., 2008).

Os grupos sociais que habitam um determinado território não são homogêneos e utilizar indicadores que sintetizem todas as dimensões das desigualdades sociais implica reconhecer seus determinantes sociais.

A utilização do IDF visa identificar famílias em situação de vulnerabilidade em um território, “somando elementos para a análise das políticas públicas e para a configuração de estratégias de enfrentamento das necessidades de saúde” (Najar et al., 2008, p. 137).

Vale destacar que o IDF tem sido utilizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social para acompanhar as famílias inscritas no Cadastro Único pelos gestores em cada município. O acompanhamento das famílias por meio do IDF permite aos gestores municipais priorizar as mais vulneráveis para ações complementares ao Programa Bolsa-família como, por exemplo, ações na área da educação, do desenvolvimento infantil e condições habitacionais (Brasil, 2011a).

O IDF proposto por Carvalho et al. (2007) foi construído a partir de informações do questionário básico da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e composto por seis dimensões, 26 componentes e 48 indicadores. Em seus estudos, os autores utilizaram o seguinte critério de pontuação: cada indicador corresponde uma pergunta a ser respondida como “sim” ou “não”; cada resposta computada como “sim” é considerada como algo positivo e aumenta a pontuação na direção de um maior índice de desenvolvimento, de modo que o IDF pode variar de zero a um.

Além disso, os autores atribuíram um único peso para cada um dos indicadores, porém criaram uma forma de construção de alguns indicadores que permitia dar um peso maior ao componente avaliado e denominaram essa construção de “indicadores em cascata”. Pode-se citar como exemplo, os indicadores “nenhuma mulher teve filho nascido vivo no último ano” e “nenhuma mulher teve filho nascido vivo nos dois últimos anos”, essa construção leva em consideração duas vezes a presença de alguma mulher com filho nascido vivo no último ano, o que influencia no índice final do componente relacionado a esses indicadores e, conseqüentemente, no IDF da respectiva família.

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; acesso ao conhecimento; acesso ao trabalho; disponibilidade de recursos; desenvolvimento infantil e condições habitacionais.

Segundo Carvalho et al. (2007), cada uma dessas dimensões representa o acesso aos meios que as famílias necessitam para satisfazer suas necessidades e a satisfação efetiva de tais necessidades. As dimensões também permitem expressar desigualdades entre grupos de famílias.

Na Figura 2 é possível identificar a interrelação entre as dimensões, desde às condições de vida das famílias, aquelas relacionadas ao acesso aos meios, até as que dizem respeito à satisfação efetiva das necessidades de saúde das famílias (Carvalho et al., 2007).

Figura 2 - Dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família. Fonte: (Carvalho et al., 2007, p. 251)

Cada dimensão desdobra-se em diferentes componentes e esses, por sua vez, em diferentes indicadores, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Dimensões, componentes e indicadores do Índice de Desenvolvimento das Famílias.

Dimensões	Componentes	Indicadores
Ausência de vulnerabilidade	Fecundidade	V1. Nenhuma mulher teve filho vivo nascido no último ano. V2. Nenhuma mulher teve filho nascido vivo nos últimos dois anos.
	Atenção e cuidados especiais com crianças, adolescentes e jovens	V3. Ausência de criança. V4. Ausência de criança ou adolescente. V5. Ausência de criança, adolescente ou jovem.
	Atenção e cuidados especiais com idosos	V6. Ausência de idoso.
	Dependência econômica	V7. Presença de cônjuge. V8. Mais da metade dos membros encontra-se em idade ativa.

(continua)

(continuação)

Quadro 1 - Dimensões, componentes e indicadores do Índice de Desenvolvimento das Famílias.

Dimensões	Componentes	Indicadores
	Presença da mãe	V9. Não existe criança no domicílio cuja mãe tenha morrido. V10. Não existe no domicílio criança que não viva com a mãe.
Acesso ao conhecimento	Analfabetismo	C1. Ausência de adulto analfabeto. C2. Ausência de adulto analfabeto funcional. C3. Presença de pelo menos um adulto com fundamental completo.
	Escolaridade	C4. Presença de pelo menos um adulto com secundário completo. C5. Presença de pelo menos um adulto com alguma educação superior.
	Qualificação profissional	C6. Presença de pelo menos um trabalhador com qualificação média ou alta.
Acesso ao trabalho	Disponibilidade de trabalho	T1. Mais da metade dos membros em idade ativa encontram-se ocupados. T2. Presença de pelo menos um trabalhador há mais de seis meses no trabalho atual.
	Qualidade do posto de trabalho	T3. Presença de pelo menos um ocupado no setor formal. T4. Presença de pelo menos um ocupado em atividade não agrícola.
	Remuneração	T5. Presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a 1 SM. T6. Presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a 2 SM.
Disponibilidade de recursos	Extrema pobreza	R1. Renda familiar <i>per capita</i> superior à linha de extrema pobreza.
	Pobreza	R2. Renda familiar <i>per capita</i> superior à linha da pobreza
	Capacidade de geração de renda	R3. Maior parte da renda familiar não advém de transferências.

(continua)

(conclusão)

Quadro 1 - Dimensões, componentes e indicadores do Índice de Desenvolvimento das Famílias.

Dimensões	Componentes	Indicadores
Desenvolvimento infantil	Trabalho precoce	D1. Ausência de criança com menos de 14 anos trabalhando. D2. Ausência de criança com menos de 16 anos trabalhando. D3. Ausência de criança de zero a seis anos fora da escola. D4. Ausência de criança de sete a 14 anos fora da escola. D5. Ausência de criança de sete a 17 anos fora da escola.
	Progresso escolar	D6. Ausência de criança de até 14 anos com mais de 2 anos de atraso. D7. Ausência de adolescente de 10 a 14 anos analfabeto. D8. Ausência de jovem de 15 a 17 anos analfabeto.
	Mortalidade infantil	D9. Ausência de mãe cujo filho tenha morrido. D10. Há, no máximo, uma mãe cujo filho tenha morrido. D11. Ausência de mãe com filho nascido morto.
Condições habitacionais	Propriedade	H1. Domicílio próprio. H2. Domicílio próprio ou cedido.
	Déficit habitacional	H3. Densidade de até dois moradores por dormitório.
	Abrigabilidade	H4. Material de construção permanente.
	Acesso a abastecimento de água	H5. Acesso adequado à água.
	Acesso a saneamento	H6. Esgotamento sanitário adequado.
	Acesso a coleta de lixo	H7. Lixo é coletado.
	Acesso a energia elétrica	H8. Acesso à eletricidade.
	Acesso a bens duráveis	H9. Acesso a fogão e geladeira. H10. Acesso a fogão, geladeira, TV ou rádio. H11. Acesso a fogão, geladeira, TV ou rádio e telefone. H12. Acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio, telefone e computador.

Fonte: Carvalho et al., 2007.

Na proposição do instrumento, Carvalho et al. (2007) destacam que o IDF permite que indicadores sejam acrescentados ou retirados e que sejam atribuídos pesos diferentes a cada item, a depender do que se quer estudar. Para esses autores, o IDF pode e deve ser modificado, a partir do debate com a sociedade.

Assim, no presente estudo, foram feitas algumas adaptações no IDF original, com base em discussões no grupo de pesquisa “Avaliação de necessidades de saúde” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Houve acréscimos de componentes, mas as dimensões foram preservadas. Também foi mantido o peso único para cada um dos itens.

Foram retirados os seguintes indicadores:

- *presença de pelo menos um trabalhador com qualificação média ou alta:* retirado por ausência de critérios para definir qualificação média ou alta;
- *há, no máximo, uma mãe cujo filho tenha morrido:* retirado porque se tratava do mesmo questionamento, embora em sentido contrário, do indicador *ausência de mãe cujo filho tenha morrido*.
- *domicílio próprio:* foi substituído pelo indicador *domicílio próprio ou cedido*, pois para este estudo foi considerado como importante a família ter um lugar definitivo para morar, independente de ser próprio ou cedido.

Com base no estudo de Najar et al. (2008), foram acrescentados os seguintes indicadores: *ausência de negros na família; pessoa com incapacidade visual; pessoa com incapacidade auditiva; pessoa com*

incapacidade para deambular; pessoa com deficiência; pessoas com problemas mentais permanentes; família mora em setor classificado como aglomerado subnormal; responsável pela família é do sexo masculino; responsável pela família é do sexo masculino e vive na presença do cônjuge.

Em relação aos componentes, foi retirado um, a *qualificação profissional*, relacionado ao indicador *presença de pelo menos um adulto com qualificação média ou alta*, também excluído.

Foram incluídos os componentes *ausência de desvantagens físicas* e *ausência de desvantagem social*, propostos por Najar et al. (2008). O acréscimo desses indicadores foi avaliado como importante, por considerar que limitações físicas dos membros das famílias, bem como questões sociais, estão relacionadas à vulnerabilidade das famílias.

Desta forma, o instrumento utilizado neste estudo passou a conter seis dimensões, 28 componentes e 54 indicadores.

Para a coleta de dados, foi necessário elaborar um questionário transformando os itens do IDF em questões a serem feitas às famílias nas entrevistas (APÊNDICE 2). Nesse questionário, cada resposta considerada como uma **condição favorável à família** recebeu pontuação positiva (um ponto), enquanto as **respostas desfavoráveis à família** receberam a pontuação “zero”. Posteriormente, essas respostas foram incorporadas ao instrumento, recebendo pontuação zero ou um conforme os critérios de Carvalho et al. (2007).

5.7 Análise de dados

Na análise dos dados foi utilizado o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 17. Foram considerados os indicadores, os componentes e as dimensões do IDF. Cada indicador correspondeu a uma pergunta do questionário IDF. As respostas obtidas do questionário sociodemográfico e IDF foram transpostas para o instrumento e receberam a pontuação um (1) ou zero (0).

A média aritmética dos indicadores (pontuados em zero ou um) utilizados para representar os componentes de cada dimensão resultou no indicador sintético de cada componente. 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 que o compõem (Najar et al., 2008).

Os pontos de corte propostos por Carvalho et al. (2007) 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).

Famílias classificadas em situação muito grave e grave tiveram suas necessidades identificadas com base nos indicadores afetados. A partir da identificação das situações de vulnerabilidade, foram recortadas as necessidades relativas a esses contextos.

5.8 Procedimentos éticos

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, protocolo número: 313/2010 (ANEXO 1). A aplicação do questionário foi precedida pelo aceite voluntário de cada participante por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) conforme a Resolução 196/96 sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

6 RESULTADOS

A maioria dos entrevistados eram mulheres, donas de casa ou que trabalhavam como diaristas, mas que se encontravam no domicílio no momento da entrevista. Eram jovens, declararam-se pardas, com baixa escolaridade e predominantemente solteiras. Quando viviam com o cônjuge, esse era referido como o provedor da família.

Alguns entrevistados eram idosos, porém, na maioria das vezes, estavam acompanhados de algum membro da família que auxiliava nas respostas às perguntas.

A impressão obtida ao aplicar o instrumento era que os entrevistados achavam que se tratava de alguma ação do governo e, portanto, temiam informar a realidade, quando essa não era precária, ou supervalorizavam a baixa renda. Muitos temiam perder o benefício social ou acreditavam que as informações fornecidas resultariam em algum outro benefício. Isso ocorria mesmo após a explicação de que se tratava de uma coleta de dados para uma investigação com objetivos acadêmicos, sem vínculo com o governo e suas ações. Assim, foi necessário esclarecer mais de uma vez o objetivo da visita.

6.1 Perfil sociodemográfico das famílias

As famílias entrevistadas apresentaram, em média, quatro integrantes, totalizando 1.252 membros. Observou-se predominância de sexo feminino (52,8%), cor parda (60,8%), situação conjugal solteira (58,9%), escolaridade baixa, com predomínio do ensino fundamental incompleto (40,0%), idade média de 27 anos, mediana de 25 anos, variando de zero a 89 anos, com desvio

padrão de 18,2 anos. O local de nascimento mais frequente foi a região Centro-oeste (46,7%). A tabela 1 sintetiza essas informações.

Tabela 1 – Distribuição dos membros das famílias entrevistadas segundo características sociodemográficas. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	591	47,2
Feminino	661	52,8
Faixa etária		
0 a 10 anos	269	21,4
11 a 20 anos	253	20,2
21 a 59 anos	663	53,0
60 anos e mais	67	5,4
Cor/etnia		
Branca	348	27,8
Parda	761	60,8
Preta	142	11,3
Indígena	1	0,1
Amarela	0	0,0
Situação conjugal		
Solteiro	738	58,9
Casado	250	19,9
União estável	195	15,6
Divorciado	32	2,6
Viúvo	37	3,0
Escolaridade		
Analfabeto	37	3,0
Analfabeto funcional	33	2,6
Fundamental incompleto	499	40,0
Fundamental completo	79	6,3
Ensino médio incompleto	142	11,3
Ensino médio completo	287	22,9
Superior incompleto	33	2,6
Superior completo	14	1,1
Menor de 17 anos fora da escola	101	8,1
Não se aplica	19	1,5
Não sabe	8	0,6
Local de nascimento		
Sudeste	226	18,1
Sul	3	0,2
Nordeste	387	30,9
Norte	49	3,9
Centro-Oeste	585	46,7
Outro país	1	0,1
Não sabe	1	0,1
Total	1.252	100,0

Para compor a renda familiar mensal, necessária para a classificação das famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza, investigou-se a renda mensal de cada integrante da família. A maioria (48,6%) não tinha renda, aí incluídos as crianças e os idosos que não recebiam benefícios sociais.

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).

Predominaram chefes de família do sexo masculino (174 ou 54,4%), dos quais 158 (90,8%) eram casados ou viviam maritalmente com a companheira em união estável. Ainda assim, foi expressivo o número de mulheres chefes de família (146 ou 45,6%).

6.2 Índice de Desenvolvimento da Família

O IDF foi aplicado a cada família entrevistada. Como mencionado, foi constituído por seis dimensões, 28 componentes e 54 indicadores. O IDF total de cada família é resultado da média aritmética dos indicadores sintéticos de cada dimensão e revela o grau de vulnerabilidade das famílias.

Considerando os pontos de corte propostos por Carvalho et al. (2007), dentre as 320 famílias entrevistadas, 268 (83,7%) encontravam-se em situação aceitável, 47 (14,7%) em situação grave e cinco (1,6%) em situação de vulnerabilidade muito grave. O IDF geral de todas as famílias entrevistadas foi 0,77, ou seja, situação aceitável.

Na tabela 2 é possível visualizar o IDF geral dessas famílias, assim como os valores mínimo e máximo. É possível observar que o desvio-padrão foi baixo, o que mostra homogeneidade entre as famílias. A mediana foi 0,78.

Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento da Família Geral, com valores de estatística descritiva. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Variáveis	IDF
IDF geral	0,77
Mínimo	0,39
Máximo	0,99
Mediana	0,78
Desvio-padrão	0,11

Além do IDF geral de todas as famílias, também foram calculados os indicadores sintéticos de cada dimensão, resultado da média aritmética de seus respectivos componentes, como mostra a tabela 3.

6.2.1 Dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família

No Índice geral, nenhuma das seis dimensões do IDF alcançou grau de vulnerabilidade muito grave, porém duas destacaram-se como situação grave, pois obtiveram o índice menor que 0,67: *acesso ao conhecimento* e *acesso ao trabalho*, com índices de 0,60 e 0,64 respectivamente.

Tabela 3 – Estatística descritiva das dimensões do Índice de Desenvolvimento da Família. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 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

A dimensão que apresentou o índice mais elevado foi a do *desenvolvimento infantil*. Está relacionada à presença de crianças dentro do contexto escolar, mais especificamente ao acesso e ao tempo em que frequentam a escola. Essa dimensão também compreende informações sobre o trabalho e a mortalidade infantil. Novamente o desvio-padrão foi baixo, evidenciando homogeneidade entre as famílias neste aspecto.

Mesmo com o IDF geral indicando um 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. No quadro 2 é possível visualizar a síntese dessas informações.

Quadro 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, 2011.

Famílias Dimensões	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

As famílias também foram classificadas por grau de vulnerabilidade em cada dimensão do IDF para identificar aquelas que influenciaram, positiva ou negativamente, a caracterização da vulnerabilidade. A tabela 4 apresenta a distribuição das famílias por grau de vulnerabilidade em cada dimensão do IDF.

Tabela 4. Distribuição das famílias segundo o grau de vulnerabilidade nas seis dimensões do IDF. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Dimensões	Vulnerabilidade muito grave		Vulnerabilidade grave		Vulnerabilidade aceitável		Total
	n	%	n	%	n	%	N
Ausência de vulnerabilidade	2	0,6	57	17,8	261	81,6	320
Acesso ao conhecimento	66	20,6	85	26,6	169	52,8	320
Acesso ao trabalho	60	18,8	45	14,0	215	67,2	320
Disponibilidade de recursos	52	16,3	0	0,0	268	83,7	320
Desenvolvimento infantil	0	0,0	0	0,0	320	100,0	320
Condições habitacionais	3	0,9	13	4,1	304	95,0	320

Abaixo, é possível visualizar como as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave comportaram-se nas dimensões do IDF. Dentre essas famílias, a família identificada como 116 neste estudo, foi a que apresentou os menores indicadores nas seis dimensões, como pode ser visualizado na tabela 5.

Tabela 5 – Dimensões que mais impactaram o Índice de Desenvolvimento das Famílias classificadas em situação de vulnerabilidade muito grave (N=5). Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Dimensão	Família 5	Família 58	Família 116	Família 194	Família 279	Indicador sintético de cada dimensão
Ausência de vulnerabilidade	0,69	0,61	0,54	0,69	0,50	0,61
Acesso ao conhecimento	0,33	0,33	0,17	0,50	0,33	0,33
Acesso ao trabalho	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
Disponibilidade de recursos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Desenvolvimento infantil	0,83	1,00	0,75	0,79	0,92	0,86
Condições habitacionais	0,91	0,81	0,69	0,69	0,69	0,76
IDF geral	0,49	0,49	0,39	0,47	0,43	0,46

Observa-se que, no indicador sintético de cada dimensão, as dimensões *disponibilidade de recursos*, *acesso ao trabalho* e *acesso ao conhecimento* apresentaram os valores mais baixos: zero, 0,17 e 0,33, respectivamente. Chama atenção o indicador *disponibilidade de recursos*, que apresentou o índice zero em todas as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave. Por outro lado, todas as famílias alcançaram um indicador aceitável na dimensão *desenvolvimento infantil* e *condições habitacionais*. A análise de cada dimensão e seus componentes permitiu construir as tabelas a seguir.

6.2.2 Componentes do Índice de Desenvolvimento da Família

Apresenta-se a seguir a análise descritiva dos componentes do IDF para todas as famílias deste estudo.

6.2.2.1 Componentes da dimensão *ausência de vulnerabilidade*

A dimensão *ausência de vulnerabilidade* diz respeito aos recursos necessários a cada família para satisfazer suas necessidades de subsistência.

É formada pelos seguintes componentes:

- *fecundidade;*
- *atenção com crianças, adolescentes e jovens;*
- *atenção com idosos;*
- *razão de dependência econômica;*
- *presença da mãe;*
- *ausência de desvantagem física;*
- *ausência de desvantagem social;*
- *presença do cônjuge.*

Nessa dimensão, os componentes que se mostraram mais críticos foram *atenção com crianças, adolescentes e jovens* e *presença do cônjuge*. Os demais apresentaram situação de vulnerabilidade aceitável.

A tabela a seguir apresenta a análise descritiva dos componentes que compõem a dimensão *ausência de vulnerabilidade*.

Tabela 6 – Análise descritiva dos componentes da dimensão *ausência de vulnerabilidade*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Componentes	IDF	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Fecundidade	0,80	0,00	1,00	1,00	0,37
Atenção e cuidados com crianças, adolescentes e jovens	0,26	0,00	1,00	0,00	0,38
Atenção e cuidados com idosos	0,96	0,00	1,00	1,00	0,20
Razão de dependência econômica	0,80	0,00	1,00	1,00	0,26
Presença da mãe	0,97	0,00	1,00	1,00	0,15
Ausência de desvantagem física	0,93	0,40	1,00	1,00	0,13
Ausência de desvantagem social	0,98	0,50	1,00	1,00	0,09
Presença do cônjuge	0,52	0,00	1,00	0,50	0,49

O componente *atenção e cuidados com crianças, adolescentes e jovens* está relacionado às necessidades específicas de educação e cuidados de saúde, considerando que esses grupos exigem maior volume de recursos para despesas adicionais nos cuidados cotidianos. Já o componente *presença do cônjuge* remete à proteção à família, que aumenta quando provida pelo casal. Assim, componentes com IDF baixo indicam famílias entrevistadas com crianças, adolescentes, jovens ou idosos e que não contavam com a presença de um dos cônjuges.

O componente *fecundidade* está relacionado às necessidades nutricionais e de atendimento médico que surgem devido à presença de criança em aleitamento materno.

Já o componente *atenção e cuidados especiais com idosos* considera as despesas adicionais com os idosos, relacionadas, principalmente, aos cuidados cotidianos e de saúde.

O componente *razão de dependência econômica* considera a proporção de grupos que exigem mais atenção, crianças e idosos, em relação à quantidade de adultos. Caso a proporção de crianças e idosos seja superior ao número de adultos, a família estará em situação de desvantagem.

Por fim, o componente *presença da mãe* considera que crianças cuidadas por terceiros estão em maior desvantagem, pois têm maior probabilidade de estarem desprotegidas e, com isso, podem estar desenvolvendo atividades penosas, estar fora da escola ou não estar sendo assistidas adequadamente em relação à saúde (Carvalho et al., 2007).

Os componentes que se mostraram críticos, como a presença de determinados grupos sabidamente mais frágeis, como as crianças, por exemplo, resultaram em vulnerabilidade para as famílias. Da mesma forma, o componente *presença do cônjuge* mostrou-se preocupante, com o IDF classificado como grave nas famílias que contavam com um único provedor.

Verifica-se que essas famílias têm necessidades de proteção, uma vez que a presença de crianças, adolescentes e jovens exige mais atenção e cuidado e a ausência do cônjuge reduz a proteção à família.

6.2.2.2 Componentes da dimensão *acesso ao conhecimento*

A dimensão *acesso ao conhecimento* apresenta um dos mais importantes meios que as famílias podem dispor para satisfazer suas necessidades. Seus indicadores são construídos com base em dois componentes: *analfabetismo* e *escolaridade formal*, que avaliam a presença de analfabetismo na família e o grau de instrução de seus membros. Apenas um componente apresentou-se de forma crítica e na tabela abaixo é possível observar a análise descritiva dos componentes que compõem essa dimensão.

Tabela 7 – Análise descritiva dos componentes da dimensão *acesso ao conhecimento*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Componentes	IDF	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Analfabetismo	0,89	0,00	1,00	1,00	0,20
Escolaridade	0,32	0,00	1,00	0,50	0,27

Na presente investigação, o componente que apresentou o IDF mais baixo foi a *escolaridade*, que indicou uma situação de vulnerabilidade muito grave. Já o componente *analfabetismo* apresentou o IDF mais alto, compatível com uma situação aceitável. O componente *escolaridade* exerceu grande influência nas famílias em situação mais crítica, interferindo em suas condições de vida. O

analfabetismo não foi determinante, porém o acesso ao ensino demonstrou ter grande impacto na vulnerabilidade das famílias.

6.2.2.3 Componentes da dimensão *acesso ao trabalho*

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. Inclui os componentes: *disponibilidade de trabalho*, *qualidade dos postos de trabalho* e *remuneração*, sendo que esse último apresentou-se de forma mais crítica. É possível observar as análises descritivas na tabela a seguir.

Tabela 8 – Análise descritiva dos componentes da dimensão *acesso ao trabalho*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Componentes	IDF	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Disponibilidade de trabalho	0,62	0,00	1,00	0,50	0,37
Qualidade do posto de trabalho	0,80	0,00	1,00	1,00	0,26
Remuneração	0,51	0,00	1,00	0,50	0,29

O componente que apresentou IDF mais baixo foi a *remuneração*, seguido da *disponibilidade de trabalho*, o que indica que as famílias estudadas tinham baixa remuneração e desvantagem na disponibilidade de trabalho.

O componente *disponibilidade de trabalho* remete à ocupação dos membros da família: se mais da metade daqueles em idade ativa estão ocupados e se há pelo menos um empregado há mais de seis meses.

O componente *qualidade do posto de trabalho* investiga se os trabalhadores exercem a atividade remunerada no trabalho formal ou em atividade agrícola. Por último, no componente *remuneração*, é pesquisada a renda de pelo menos um trabalhador da família em salários mínimos.

Os componentes que impactaram na situação de vulnerabilidade das famílias pesquisadas foram *disponibilidade de trabalho e remuneração*, relacionados a sua produtividade na sociedade. Evidenciaram que a disponibilidade de trabalho interfere na vida das famílias e, se há prejuízo no acesso ao trabalho, há também prejuízo na remuneração, essencial para sobrevivência das famílias.

6.2.2.4 Componentes da dimensão *disponibilidade de recursos*

A dimensão *disponibilidade de recursos* é subdividida nos componentes *extrema pobreza, pobreza e capacidade de geração de renda*.

A renda familiar é considerada como um recurso fundamental para as famílias, uma vez que a maioria das necessidades de sobrevivência é satisfeita por meio de bens e serviços adquiridos no mercado e que é por meio da renda que a família adquire sua independência.

Como é possível observar na tabela 9, nessa dimensão, o menor IDF foi identificado no componente *pobreza*, relacionado à renda familiar *per capita* superior à linha da pobreza.

O componente extrema pobreza indica se a renda familiar *per capita* é superior à linha da extrema pobreza e o componente *capacidade de geração de renda* relaciona-se à origem da renda da família, se proveniente de atividade remunerada ou de programas de auxílio.

Tabela 9 – Análise descritiva dos componentes da dimensão *disponibilidade de recursos*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Componentes	IDF	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Extrema pobreza	0,92	0,00	1,00	1,00	0,28
Pobreza	0,69	0,00	1,00	1,00	0,46
Capacidade de geração de renda	0,76	0,00	1,00	1,00	0,43

A tabela 9 mostra que os componentes relacionados a essa dimensão encontravam-se em uma situação aceitável de vulnerabilidade. Apenas o componente *pobreza* ficou próximo ao limite da vulnerabilidade grave, o que chama a atenção para as condições sociais das famílias que se encontravam próximas a linha da pobreza.

6.2.2.5 Componentes da dimensão *desenvolvimento infantil*

A dimensão *desenvolvimento infantil* está relacionada à garantia do desenvolvimento pleno oferecido à criança. É dividida em quatro componentes: *trabalho precoce*; *acesso à escola*; *progresso escolar*; e *mortalidade infantil*. Todos obtiveram IDF aceitável, com índices próximos ao valor máximo.

Abaixo é possível visualizar a tabela com as análises descritiva dos componentes na dimensão *desenvolvimento infantil*.

Tabela 10 – Análise descritiva dos componentes da dimensão *desenvolvimento infantil*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Componentes	IDF	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Trabalho precoce	1,00	0,50	1,00	1,00	0,03
Acesso à escola	0,88	0,33	1,00	1,00	0,17
Progresso escolar	0,99	0,67	1,00	1,00	0,06
Mortalidade infantil	0,89	0,00	1,00	1,00	0,30

Apesar todos os componentes terem apresentado índices aceitáveis, observa-se que o componente *acesso à escola* foi o que apresentou menor índice quando comparado com os demais, enquanto que o componente que apresentou o melhor índice foi *trabalho precoce*.

Dentre os valores mínimos, o componente que apresentou o pior índice foi *mortalidade infantil*, seguido do *acesso à escola*, *trabalho precoce* e *progresso escolar*.

6.2.2.6 Componentes da dimensão *condições habitacionais*

A dimensão *condições habitacionais* apresenta uma relação íntima com as condições de vida. Seus componentes são: *propriedade*; *déficit habitacional*; *abrigoabilidade*; *acesso adequado a água*; *acesso a saneamento*; *acesso à coleta de lixo*; *acesso à eletricidade* e *acesso a bens duráveis*.

Apenas um componente apresentou-se de forma mais crítica, os demais apresentaram-se em situação aceitável, como é possível observar na tabela a seguir.

Tabela 11 – Análise descritiva dos componentes da dimensão *condições habitacionais*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Componentes	IDF	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Propriedade	0,71	0,00	1,00	1,00	0,46
Déficit habitacional	0,60	0,00	1,00	1,00	0,49
Abrigabilidade	0,99	0,00	1,00	1,00	0,08
Acesso ao abastecimento de água	0,96	0,00	1,00	1,00	0,20
Acesso a saneamento	0,92	0,00	1,00	1,00	0,28
Acesso a coleta de lixo	0,98	0,00	1,00	1,00	0,14
Acesso a energia elétrica	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
Acesso a bens duráveis	0,69	0,00	1,00	0,50	0,23

O componente *propriedade* refere-se à condição do imóvel da família, se é próprio ou cedido. Já o componente *déficit habitacional* está relacionado à quantidade de moradores nos dormitórios, enquanto a *abrigabilidade* refere-se ao tipo de material de construção do imóvel.

Os componentes *acesso adequado a água*; *acesso a saneamento*; *acesso à coleta de lixo*; *acesso à eletricidade* e *acesso a bens duráveis* estão relacionados, respectivamente, a tratamento da água e esgoto, coleta de lixo

no local de moradia, acesso a eletricidade e presença de bens duráveis, como, por exemplo, fogão e geladeira.

Apenas o componente *déficit habitacional* apresentou IDF característico de situação de vulnerabilidade grave. O segundo componente com menor índice foi o *acesso a bens duráveis* que, apesar de apresentar IDF aceitável, ficou próximo do limite de vulnerabilidade grave.

Também é possível observar que o melhor índice foi acesso à energia elétrica que, além de apresentar o índice geral com o maior valor possível de se obter, também apresentou um índice alto dentre os valores mínimos.

6.3 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 e de jovens. A idade variou de quatro meses a 80 anos, com a média de 24 anos (desvio-padrão = 18,4 anos) e mediana de 17 anos.

A situação conjugal predominante foi solteira. Também foi identificada baixa escolaridade, porém havia mais indivíduos com ensino médio concluído que nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave. A maioria das pessoas havia nascido na região Centro-Oeste, 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. A tabela 12 apresenta a síntese do perfil sociodemográfico dessas famílias.

Tabela 12 – Distribuição dos integrantes das famílias em situação de vulnerabilidade grave, segundo características sociodemográficas. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	99	45,6
Feminino	118	54,4
Faixa etária		
0 a 10 anos	59	27,2
11 a 20 anos	62	28,6
21 a 59 anos	86	39,6
60 anos e mais	10	4,6
Cor/etnia		
Branca	41	18,9
Parda	135	62,2
Preta	40	18,4
Indígena	1	0,5
Amarela	0	0,0
Situação conjugal		
Solteiro	154	71,0
Casado	18	8,3
União estável	27	12,4
Divorciado	10	4,6
Viúvo	8	3,7
Escolaridade		
Analfabeto	15	6,9
Analfabeto funcional	9	4,1
Fundamental incompleto	106	48,8
Fundamental completo	14	6,5
Ensino médio incompleto	31	14,3
Ensino médio completo	12	5,5
Superior incompleto	3	1,4
Superior completo	0	0,0
Menor de 17 anos fora da escola	24	11,1
Não se aplica	3	1,4
Não sabe	0	0,0
Local de nascimento		
Sudeste	27	12,4
Sul	2	0,9
Nordeste	62	28,6
Norte	5	2,3
Centro-Oeste	121	55,8
Outro país	0	0,0
Não sabe	0	0,0
Total	217	100,0

6.4 Caracterização das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave

Foram identificadas cinco famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, com um 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, da cor parda e da situação conjugal de solteiro. A maioria havia nascido na região Centro-oeste, tinha baixa escolaridade e não dispunha de renda, quer advinda de atividade remunerada, quer de auxílio governamental (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos integrantes das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, segundo características sociodemográficas. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	8	40,0
Feminino	12	60,0
Faixa etária		
0 a 10 anos	6	30,0
11 a 20 anos	5	25,0
21 a 59 anos	7	35,0
60 anos e mais	2	10,0
Cor/etnia		
Branca	4	20,0
Parda	15	75,0
Preta	1	5,0
Indígena	0	0,0
Amarela	0	0,0
Situação conjugal		
Solteiro	15	75,0
Casado	2	10,0
União estável	0	0,0
Divorciado	1	5,0
Viúvo	2	10,0
Escolaridade		
Analfabeto	4	20,0
Analfabeto funcional	0	0,0
Fundamental incompleto	12	60,0
Fundamental completo	1	5,0
Ensino médio incompleto	1	5,0

(continua)

(conclusão)

Tabela 13 – Distribuição dos integrantes das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, segundo características sociodemográficas. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Variáveis	N	%
Ensino médio completo	0	0,0
Superior incompleto	0	0,0
Superior completo	0	0,0
Menor de 17 anos fora da escola	2	10,0
Não se aplica	0	0,0
Não sabe	0	0,0
Local de nascimento		
Sudeste	5	25,0
Sul	0	0,0
Nordeste	6	30,0
Norte	0	0,0
Centro-Oeste	9	45,0
Outro país	0	0,0
Não sabe	0	0,0
Total	20	100,0

Dentre as 20 pessoas, 13 (65,0%) não tinham renda, aí incluídas as crianças. As sete restantes (35,0%) recebiam menos de um salário mínimo, caracterizando a situação de extrema pobreza dessas famílias.

6.5 Indicadores de Vulnerabilidade e Necessidades

O IDF, instrumento utilizado para a identificação das famílias vulneráveis, captou questões relacionadas às necessidades sociais. Famílias cujo IDF as classificou em situação de vulnerabilidade muito grave ou grave, certamente apresentam mais necessidades. Desta forma, procurou-se identificar por meio dos indicadores aqueles que mais impactaram na situação

de vulnerabilidade das famílias, associando-os às necessidades sociais e de saúde.

Descreve-se a seguir essas dimensões e as respectivas frequências nas famílias que responderam de forma negativa a cada indicador, recebendo zero de pontuação, enquanto cada indicador respondido de forma positiva recebeu um ponto.

Buscando identificar as necessidades expressas nos indicadores, utilizou-se como critério a maior frequência das famílias nos indicadores pontuados negativamente.

Inicialmente são apresentados os indicadores de vulnerabilidade muito grave, ou seja, cuja média foi menor que 0,50, com grande influência no IDF das famílias e, em seguida, os indicadores de vulnerabilidade grave, IDF entre 0,50 e 0,67.

6.5.1 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão *ausência de vulnerabilidade*

A tabela a seguir permite visualizar a frequência dos indicadores na dimensão *ausência de vulnerabilidade* que foram respondidos de forma negativa pelas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave.

Tabela 14 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *ausência de vulnerabilidade*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Nenhuma mulher teve filho nascido vivo no último ano	1	20,0
Nenhuma mulher teve filho nascido vivo nos dois últimos anos	1	20,0
Ausência de criança	4	80,0
Ausência de crianças ou adolescentes	5	100,0
Ausência de crianças, adolescentes ou jovens	5	100,0
Ausência de idoso	1	20,0
Presença de cônjuge	4	80,0
Mais da metade dos membros encontra-se em idade ativa	1	20,0
Não existe criança no domicílio cuja mãe tenha morrido	0	0,0
Não existe criança no domicílio que não viva com a mãe	1	20,0
Ausência de negros na família	1	20,0
Ausência de pessoa com incapacidade visual	0	0,0
Ausência de pessoa com incapacidade auditiva	0	0,0
Ausência de pessoa com incapacidade para deambular	1	20,0
Ausência de pessoa com deficiências físicas	1	20,0
Ausência de pessoa com problemas mentais permanentes	1	20,0

(continua)

(conclusão)

Tabela 14 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *ausência de vulnerabilidade*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Família não mora em setor classificado como aglomerado subnormal	0	0,0
Responsável pela família é do sexo masculino	5	100,0
Responsável pela família é do sexo masculino e vive na presença do cônjuge	5	100,0

Na dimensão *ausência de vulnerabilidade*, a presença de crianças, adolescentes ou jovens produziu impacto negativo no IDF das famílias. Famílias com alguns desses integrantes receberam a pontuação zero, pois sua presença caracteriza situação de vulnerabilidade, uma vez que demandam mais recursos e não podem contribuir para a renda familiar.

Nessa mesma dimensão, outro indicador que impactou no IDF das famílias de vulnerabilidade muito grave foi *presença do cônjuge*. Esse indicador teve importância na construção do IDF, pois a presença do cônjuge pode auxiliar no incremento da renda familiar e na proteção dos mais vulneráveis, como idosos e crianças, de modo que famílias monoparentais são mais vulneráveis.

O chefe de família do sexo masculino foi um indicador acrescentado ao questionário, pois existia a indagação se sua presença causaria impacto na

vulnerabilidade das famílias. Famílias chefiadas por mulheres receberam pontuação zero, por serem mais vulneráveis. Vale destacar, que as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave são chefiadas por mulheres, já que todas responderam negativamente ao indicador relacionado ao chefe de família do sexo masculino.

Assim, na dimensão *ausência de vulnerabilidade*, as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave têm necessidade de recursos para o sustento familiar, uma vez que a presença de crianças, adolescentes ou jovens demanda gastos extras e que a ausência de cônjuge interfere na proteção da família. Além disso, famílias chefiadas por mulheres também carecem de suporte.

6.5.2 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade muito grave na dimensão *acesso ao conhecimento*

Na dimensão *acesso ao conhecimento* alguns indicadores chamaram atenção, pois foram respondidos de forma negativa por todas as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, como por exemplo adulto com ensino médio completo. Outros indicadores não foram respondidos de forma negativa por nenhuma família, como por exemplo ausência de adulto analfabeto funcional.

A tabela a seguir permite visualizar a síntese das frequências de respostas negativas das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave aos indicadores da dimensão *acesso ao conhecimento*.

Tabela 15 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *acesso ao conhecimento*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Ausência de adulto analfabeto	1	20,0
Ausência de adulto analfabeto funcional	0	0,0
Presença de pelo menos um adulto com fundamental completo	4	80,0
Presença de pelo menos um adulto com ensino médio completo	5	100,0
Presença de pelo menos um adulto com educação superior	5	100,0

Na dimensão *acesso ao conhecimento*, os indicadores que mais impactaram as famílias em vulnerabilidade muito grave foram: *presença de pelo menos um adulto com fundamental completo*, *presença de pelo menos um adulto com ensino médio completo* e *presença de pelo menos um adulto com ensino superior*. Nessas famílias, não havia ao menos um adulto com ensino médio completo e ensino superior. Dentre as cinco famílias, em quatro não havia um adulto com ensino fundamental completo.

6.5.3 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão *acesso ao trabalho*

A tabela abaixo apresenta a frequência das respostas negativas das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave aos indicadores da dimensão *acesso ao trabalho*.

Tabela 16 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *acesso ao trabalho*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Mais da metade dos membros em idade ativa ocupados	5	100,0
Presença de pelo menos um trabalhador há mais de seis meses no trabalho atual	5	100,0
Presença de pelo menos um ocupado no setor formal	5	100,0
Presença de pelo menos um ocupado em atividade não agrícola	0	0,0
Presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a 1 SM	5	100,0
Presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a 2 SM	5	100,0

Nesta dimensão, os indicadores associados à vulnerabilidade muito grave foram:

- *mais da metade dos membros em idade ativa encontram-se ocupados;*
- *presença de pelo menos um trabalhador há mais de seis meses no trabalho atual;*
- *presença de pelo menos um ocupado no setor formal;*
- *presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a um salário mínimo;*
- *presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a dois salários mínimos.*

Dentre as famílias de vulnerabilidade muito grave, a principal necessidade está relacionada à presença de membros em idade ativa que não estão ocupados, ou seja, que não exercem atividade remunerada. Dessa forma, se não havia membros das famílias que exerciam atividade remunerada, por efeito cascata, também não havia pessoas que trabalhavam há mais de seis meses, que estavam empregadas em atividade formal ou que recebiam renda superior a um ou dois salários mínimos.

No item relacionado à atividade agrícola não houve respondentes, ou seja, nenhum membro das famílias exercia atividade agrícola, situação que pode ser explicada pelo fato do município de São Sebastião ser predominantemente urbano.

Na dimensão *acesso ao trabalho* foi possível observar o efeito cascata em que a resposta negativa a um indicador influenciou os demais. Como mais que a metade dos membros em idade ativa não se encontrava ocupada, tampouco foram encontradas pessoas ocupadas no setor formal ou que trabalhavam há mais de seis meses. Da mesma forma, como não havia pessoa ocupada com rendimento superior a um salário mínimo, tampouco houve um trabalhador com rendimento superior a dois salários mínimos.

As necessidades relacionadas às atividades remuneradas também são influenciadas pelo grau de instrução dos membros das famílias. A baixa escolaridade traz consequências para a inserção no emprego formal, bem como para a renda familiar, como pôde ser observado nos dois indicadores relacionados à renda.

Assim, na dimensão *acesso ao trabalho*, a necessidade das famílias está relacionada à inclusão no mercado de trabalho, que traz como consequência a renda familiar, influenciando posição social das famílias.

6.5.4 Indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão *disponibilidade de recursos*

Na tabela a seguir são apresentadas as frequências das respostas negativas das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave nos indicadores da dimensão *disponibilidade de recursos*.

Tabela 17 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *disponibilidade de recursos*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Renda familiar <i>per capita</i> superior à linha da extrema pobreza	5	100,0
Renda familiar <i>per capita</i> superior à linha da pobreza	5	100,0
Maior parte da renda familiar não advém de transferências	5	100,0

Nesta dimensão, todas as cinco famílias classificadas em situação de vulnerabilidade muito grave estavam abaixo da linha da extrema pobreza. A maior parte da renda dessas famílias era resultado de programas de transferência de renda como, por exemplo, a Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Os indicadores demonstram o quanto a satisfação das necessidades das famílias relaciona-se ao grau de independência e à disponibilidade de recursos financeiros.

6.5.5 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade muito grave na dimensão *desenvolvimento infantil*

A tabela 18 apresenta a frequência das respostas negativas das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave aos indicadores da dimensão *desenvolvimento infantil*.

Tabela 18 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *desenvolvimento infantil*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Ausência de criança com menos de 14 anos trabalhando	0	0,0
Ausência de criança com menos de 16 anos trabalhando	0	0,0
Ausência de criança de 0 a 6 anos fora da escola	2	40,0
Ausência de criança de 7 a 14 anos fora da escola	0	0,0
Ausência de criança de 15 a 17 anos fora da escola	1	20,0
Ausência de criança de até 14 anos com mais de dois anos de atraso	1	20,0
Ausência de adolescente de 10 a 14 anos analfabeto	0	0,0
Ausência de jovem de 15 a 17 anos analfabeto	0	0,0
Ausência de mãe cujo filho tenha morrido	2	40,0
Ausência de mãe cujo filho tenha nascido morto	1	20,0

De maneira geral, as crianças, os adolescentes e os jovens das famílias entrevistadas tinham acesso à escola. Duas famílias tinham crianças de zero a seis anos de idade fora da escola, havia uma família com um adolescente de

15 a 17 anos fora da escola e outra com adolescente de até 14 anos com mais de dois anos de atraso nos estudos. Em todos os casos, a necessidade dessas famílias estava relacionada à falta do acesso a creche ou escolas.

6.5.6 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade muito grave na dimensão *condições habitacionais*

Na tabela abaixo são apresentadas as frequências das respostas negativas das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave aos indicadores da dimensão *condições habitacionais*. É possível observar que três indicadores apresentaram as maiores frequências.

Tabela 19 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *condições habitacionais*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Domicílio próprio ou cedido	2	40,0
Densidade de até dois moradores por dormitório	3	60,0
Material de construção permanente	0	0,0
Acesso adequado à água	1	20,0
Esgotamento sanitário adequado	0	0,0
Lixo é coletado	1	20,0
Acesso à eletricidade	0	0,0
Acesso a fogão e geladeira	0	0,0
Acesso a fogão, geladeira e televisão ou rádio	1	20,0
Acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio e telefone	5	100,0
Acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio, telefone e computador	5	100,0

Nessa dimensão, os indicadores que mais impactaram foram: *domicílio próprio ou cedido, quantidade de até dois moradores por dormitório; acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio e telefone; e acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio, telefone e computador*. Todos indicam necessidades relacionadas às condições de vida das famílias. Nas famílias que sofreram impacto desses indicadores, o domicílio não era próprio ou cedido, havia mais de dois moradores por dormitório e não havia telefone fixo ou computador.

Alguns desses indicadores foram construídos com a repetição de alguns bens de consumo. Por exemplo, o primeiro indicador lista fogão e geladeira; no segundo estão presentes os itens: fogão, geladeira, televisão ou rádio; no terceiro: fogão, geladeira, televisão, rádio e telefone, e assim por diante. Verificou-se que os bens de consumo ausentes nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave foram o telefone fixo e o computador.

Nessas famílias, a necessidade estava relacionada à disponibilidade de recursos para a aquisição desses bens, que por sua vez, relaciona-se às formas de geração de renda.

6.5.7 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade grave na dimensão *ausência de vulnerabilidade*

A seguir, apresentam-se as tabelas com a frequência simples e relativa das 47 famílias classificadas em vulnerabilidade grave, que responderam negativamente aos indicadores das seis dimensões do IDF.

A tabela 20 apresenta essas frequências na dimensão *ausência de vulnerabilidade*.

Tabela 20 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *ausência de vulnerabilidade*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Nenhuma mulher teve filho nascido vivo no último ano	5	10,6
Nenhuma mulher teve filho nascido vivo nos dois últimos anos	10	21,3
Ausência de criança	36	76,6
Ausência de crianças ou adolescentes	42	89,4
Ausência de crianças, adolescentes ou jovem	45	95,7
Ausência de idoso	5	10,6
Presença de cônjuge	26	55,3
Mais da metade dos membros encontram-se em idade ativa	5	10,6
Não existe criança no domicílio cuja mãe tenha morrido	2	4,3
Não existe criança no domicílio que não viva com a mãe	5	10,6
Ausência de negros na família	12	25,5
Ausência de pessoa com incapacidade visual	0	0,0
Ausência de pessoa com incapacidade auditiva	0	0,0
Ausência de pessoa com incapacidade para deambular	2	4,3
Ausência de pessoa com deficiências físicas	3	6,4
Ausência de pessoa com problemas mentais permanentes	4	8,5

(continua)

(conclusão)

Tabela 20 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *ausência de vulnerabilidade*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Família não mora em setor classificado como aglomerado subnormal	0	0,0
Responsável pela família é do sexo masculino	30	63,8
Responsável pela família é do sexo masculino e vive na presença do cônjuge	30	63,8

Assim como as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, as classificadas em situação de vulnerabilidade grave também apresentaram situação crítica nos indicadores: *ausência de crianças*, *ausência de crianças ou adolescentes*, *ausência de crianças, adolescentes ou jovens*, *presença do cônjuge*, *responsável do sexo masculino* e *responsável do sexo masculino e que vive na presença do cônjuge*.

A presença de crianças contribuiu para situar essas famílias em uma condição vulnerável. Os indicadores *ausência de crianças ou adolescentes* e *ausência de crianças, adolescentes ou jovens* também se mostraram críticos para essas famílias. Vale destacar que esses três indicadores foram construídos na forma de “cascata”, ou seja, pelo simples fato de haver uma criança na família, tanto o primeiro indicador como os dois a seguir recebem pontuação zero.

Os indicadores *presença do cônjuge, chefe de família do sexo masculino e chefe de família do sexo masculino e que vive na presença do cônjuge* também tiveram uma frequência maior nessas famílias, indicando necessidade de proteção.

6.5.8 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade grave na dimensão *acesso ao conhecimento*

Na tabela 21 é possível visualizar a frequência das respostas negativas das famílias em situação de vulnerabilidade grave, aos indicadores da dimensão *acesso ao conhecimento*.

Tabela 21 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *acesso ao conhecimento*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Ausência de adulto analfabeto	12	25,5
Ausência de adulto analfabeto funcional	7	14,9
Presença de pelo menos um adulto com fundamental completo	18	38,3
Presença de pelo menos um adulto com ensino médio completo	36	76,6
Presença de pelo menos um adulto com educação superior	47	100,0

Nessa dimensão, os indicadores que mais impactaram foram: *presença de pelo menos um adulto com fundamental completo, presença de pelo menos*

um adulto com ensino médio completo e presença de pelo menos um adulto com educação superior.

Indicadores relativos à presença de adulto com ensino médio completo e educação superior foram respondidos de forma negativa por mais da metade das famílias em situação de vulnerabilidade grave. De fato, em 76,6% dessas famílias não havia sequer uma pessoa que tivesse concluído o ensino médio e em nenhuma havia um adulto com ensino superior.

6.5.9 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade grave na dimensão *acesso ao trabalho*

Os indicadores da dimensão *acesso ao trabalho* também apresentaram elevada frequência de respostas negativas, das famílias em situação de vulnerabilidade grave, quando comparadas com as frequências, na mesma dimensão, das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 22 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *acesso ao trabalho*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Mais da metade dos membros em idade ativa encontram-se ocupados	43	91,5
Presença de pelo menos um trabalhador há mais de seis meses no trabalho atual	24	51,1
Presença de pelo menos um ocupado no setor formal	33	70,2
(continua)		

(conclusão)

Tabela 22 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *acesso ao trabalho*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Presença de pelo menos um ocupado em atividade não agrícola	1	2,1
Presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a 1 salário mínimo	25	53,2
Presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a 2 salários mínimos	46	97,9

Na dimensão *acesso ao trabalho*, os indicadores críticos foram:

- *mais da metade dos membros em idade ativa encontram-se ocupados,*
- *presença de pelo menos um trabalhador há mais de seis meses no trabalho atual,*
- *presença de pelo menos um ocupado no setor formal,*
- *presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a um salário mínimo e*
- *presença de pelo menos um ocupado com rendimento superior a dois salários mínimos.*

O mesmo pode ser observado nas famílias classificadas em vulnerabilidade muito grave. Em ambos os casos, as necessidades das famílias relacionam-se ao exercício de atividades remuneradas.

Acima de 90% das famílias responderam que mais da metade de seus membros em idade ativa não estava ocupada em atividade remunerada. Mais da metade não exercia atividades estáveis há mais de seis meses. Além disso,

70,2% dos integrantes não estavam ocupados no setor formal, 53,2% não tinham rendimento superior a um salário mínimo e 97,9% não tinham rendimento superior a dois salários mínimos.

6.5.10 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade grave na dimensão *disponibilidade de recursos*

A tabela 23 apresenta a frequência das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *disponibilidade de recursos*.

Tabela 23 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *disponibilidade de recursos*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Renda familiar <i>per capita</i> superior à linha da extrema pobreza	20	42,6
Renda familiar <i>per capita</i> superior à linha da pobreza	40	85,1
Maior parte da renda familiar não advém de transferências	29	61,7

Os indicadores da dimensão disponibilidade de recursos que impactaram no IDF das famílias em vulnerabilidade grave foram:

- *renda familiar per capita superior à linha da pobreza e*
- *maior parte da renda familiar não advém de transferências.*

Nas famílias em situação de vulnerabilidade grave, todos os indicadores dessa dimensão foram apontados como fatores críticos para o IDF.

Apesar dessas famílias se apresentarem melhor que aquelas em situação de vulnerabilidade muito grave, ainda é possível observar que há famílias em situação grave na extrema pobreza.

6.5.11 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade grave na dimensão *desenvolvimento infantil*

A seguir é possível visualizar a frequência das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam de forma negativa aos indicadores da dimensão *desenvolvimento infantil*.

Tabela 24 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *desenvolvimento infantil*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Ausência de criança com menos de 14 anos trabalhando	0	0,0
Ausência de criança com menos de 16 anos trabalhando	0	0,0
Ausência de criança de 0 a 6 anos fora da escola	22	46,8
Ausência de criança de 7 a 14 anos fora da escola	0	0,0
Ausência de criança de 15 a 17 anos fora da escola	2	4,3
Ausência de criança de até 14 anos com mais de dois anos de atraso	3	6,4
Ausência de adolescente de 10 a 14 anos analfabeto	0	0,0
Ausência de jovem de 15 a 17 anos analfabeto	0	0,0
Ausência de mãe cujo filho tenha morrido	9	19,1
Ausência de mãe cujo filho tenha nascido morto	6	12,8

Na dimensão desenvolvimento infantil, o indicador com maior frequência de respostas negativas (46,8%) foi *ausência de criança de zero a seis anos fora da escola*. Essa situação também foi observada na tabela de indicadores das famílias em vulnerabilidade muito grave.

Não havia famílias com crianças ou adolescentes trabalhando. Apenas duas famílias (4,3%) havia adolescentes de 15 a 17 anos fora da escola e, em três (6,4%), adolescentes de até 14 anos com mais de dois anos de atraso nos estudos. Tampouco foram encontrados adolescentes analfabetos. Em nove (19,1%) famílias havia mulheres cujos filhos morreram e em seis (12,8%), mulheres que tiveram natimortos. Cabe ressaltar que o instrumento não investiga quando tais mortes ocorreram.

6.5.12 Indicadores e necessidades das famílias em vulnerabilidade grave na dimensão *condições habitacionais*

Por fim, a tabela 25 apresenta os indicadores da dimensão *condições habitacionais* respondidos de forma negativa pelas famílias em situação de vulnerabilidade grave.

Tabela 25 – Frequência simples e relativa das famílias em situação de vulnerabilidade grave que responderam negativamente aos indicadores da dimensão *condições habitacionais*. Área de abrangência do Posto Urbano 1, São Sebastião, Brasília-DF, 2011.

Indicadores	Famílias	
	N	%
Domicílio próprio ou cedido	13	27,7
Densidade de até dois moradores por dormitório	32	68,1
Material de construção permanente	1	2,1
Acesso adequado à água	5	10,6
Esgotamento sanitário adequado	10	21,3
Lixo é coletado	1	2,1
Acesso à eletricidade	0	0,0
Acesso a fogão e geladeira	0	0,0
Acesso a fogão, geladeira e televisão ou rádio	1	2,1
Acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio e telefone	30	63,8
Acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio, telefone e computador	39	83,0

Tal como observado nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, os indicadores da dimensão *condições habitacionais* que mais trouxeram impacto para as famílias em vulnerabilidade grave foram:

- *densidade de até dois moradores por dormitório,*
- *acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio e telefone e*
- *acesso a fogão, geladeira, televisão ou rádio, telefone e computador*

Verificou-se que 27,7% das famílias não possuíam domicílio próprio ou cedido, 10,6% não tinham acesso adequado à água e 21,3% não dispunham de esgotamento sanitário adequado. Todas tinham acesso à eletricidade.

Analisando as respostas das famílias em vulnerabilidade muito grave e vulnerabilidade grave é possível destacar algumas necessidades expressas pelos indicadores do IDF.

Na dimensão *ausência de vulnerabilidade*, é possível identificar a necessidade de maior proteção às famílias. Essa afirmação apóia-se nos indicadores *presença de crianças*, *ausência do cônjuge* e *ausência de chefes de família do sexo masculino e que vivem com o cônjuge*.

Na dimensão *acesso ao conhecimento*, é possível identificar como necessidade das famílias o acesso ao ensino. Nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, os indicadores sinalizaram a necessidade de conclusão do ensino fundamental e acesso ao ensino médio e superior. Já nas naquelas classificadas em vulnerabilidade grave, os indicadores apontaram necessidade de conclusão do ensino médio e acesso ao superior. Nos dois casos, a falta de conclusão do ensino fundamental foi alta.

Na dimensão *acesso ao trabalho*, as necessidades relacionam-se ao exercício das atividades remuneradas e à qualidade do posto de trabalho, ou seja, se há estabilidade e se o trabalho é formal. Tanto nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave quanto naquelas em vulnerabilidade grave, as necessidades são de acesso ao trabalho.

Na dimensão *disponibilidade de recursos*, as necessidades estão relacionadas à disponibilidade de recursos das famílias para a garantia da sua independência. Todas as cinco famílias classificadas em situação de vulnerabilidade muito grave estavam abaixo da linha da extrema pobreza e recebia a maior parte da renda por meio de programas de transferência de renda. Essa situação remete à necessidade de geração de renda para o sustento familiar. A maioria das famílias em vulnerabilidade grave estava abaixo da linha da pobreza e recebia a renda por meio de transferências. Essas famílias têm necessidades semelhantes às daquelas classificadas em vulnerabilidade muito grave, diferindo delas apenas por receberem renda de programas sociais.

A dimensão *desenvolvimento infantil* foi a que apresentou melhores resultados, pois a maioria das crianças e adolescentes frequentava escolas e não foi identificado trabalho infantil. Provavelmente, a condição de ter mais crianças nas escolas esteja relacionada à garantia o acesso ao ensino fundamental, que já é uma realidade no País. Além disso, muitas famílias que recebem auxílio do governo, em contrapartida, devem manter os filhos na escola. Ainda assim, identificou-se a necessidade de acesso a creches e escolas para crianças de zero a seis anos.

Outro indicador que teve alta frequência de respostas foi a *presença de mãe que teve filho natimorto ou que faleceu*. Apesar das causas das mortes não terem sido identificadas, remetem à necessidade de acompanhamento pré-natal e do crescimento e desenvolvimento das crianças.

Na dimensão *condições habitacionais*, as necessidades relacionaram-se aos bens de consumo e às condições de saúde. Nas famílias classificadas em situação de vulnerabilidade grave ou muito grave, foram identificadas necessidades de divisão adequada dos cômodos, expressas pelo indicador *densidade de até dois moradores por dormitório*, e acesso a bens duráveis.

A falta de acesso à educação priva as pessoas de qualificação profissional, o que traz consequências para renda familiar. O ambiente e as condições de moradia, acesso a água tratada, saneamento básico, por exemplo, são determinantes no processo de saúde e doença das pessoas. Da mesma forma, o acesso aos serviços de saúde, de educação, ou a qualidade desses serviços, e o exercício da cidadania também interferem na qualidade de vida das pessoas.

As necessidades apresentadas pelas famílias em situação de vulnerabilidade grave ou muito grave relacionam-se à situação pobreza. Não se trata apenas de baixa renda, mas sim de ausência de condições de vida atreladas aos direitos humanos, como, por exemplo, acesso a educação, saúde, ter segurança e liberdade de escolha para o exercício da cidadania.

7 DISCUSSÃO

Barata (2009) destaca a importância do entendimento das desigualdades sociais para aqueles que estudam os processos de saúde e doença de indivíduos e populações. A autora chama atenção para que não se reduzam as desigualdades sociais aos aspectos meramente biológicos, uma vez que 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).

A autora também chama atenção para que não se utilizem explicações simplistas para as desigualdades sociais em saúde. Por exemplo, deve-se ter cuidado ao relacionar mortalidade geral ou específica com o acesso dos diferentes grupos sociais aos serviços de saúde, seja por incapacidade individual, seja pela própria organização dos serviços de saúde. Essa ideia é derrubada quando é realizada a mesma comparação em países onde existe acesso aos serviços de saúde para todas as camadas sociais, como por exemplo, Canadá, Austrália e alguns países da Europa (Barata, 2009).

Com os avanços na área da saúde e o uso crescente de tecnologia sofisticada, era de se esperar que houvesse uma diminuição nas desigualdades sociais, porém não é o que se observa. Sob a perspectiva simplista das desigualdades em saúde, é comum observar a “culpabilização” do indivíduo pelo adoecimento, atribuído a seu estilo de vida, como se as condições de moradia e trabalho dependessem apenas de escolhas pessoais.

Identificam-se nessas formulações características de esvaziamento do conteúdo social frente aos processos de saúde e doença. Barata (2009) considera que as explicações para esses processos não devem ser apartadas da ideia de que a saúde é um produto social 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).

Daí a importância de compreender o funcionamento das sociedades, bem como a relação entre as desigualdades sociais e as diferentes oportunidades de vida e saúde que conformam os perfis epidemiológicos dos diferentes grupos sociais. Os modos de produção vigentes em cada sociedade determinam as condições de pobreza, que se manifestam em situações complexas e multifacetadas.

A pobreza é estudada em muitos países, na tentativa de explicar as condições em que vivem os distintos grupos sociais (Codes, 2008). Estudos sobre o tema em geral utilizam critérios de renda para definir a pobreza, mas também são adotadas outras abordagens (Lopes, et al., 2004). O próprio conceito de pobreza não é unívoco e sofreu importantes transformações ao longo da história. Ao contrário do que se imagina, os primeiros registros sobre o tema da pobreza não tiveram início nos países pobres.

Por volta do ano de 1600, na Inglaterra, a Lei dos Pobres foi formulada como forma de garantir o controle e a intervenção sobre a força de trabalho. Na época, a preocupação estava centrada no controle social e político da pobreza,

em busca de corpos sadios para o trabalho e “caça aos vagabundos” (Codes, 2008; Salum et al., 1999).

Tal como a noção de coletivo, as formas de interpretação da pobreza também estão relacionadas às transformações sociais. No final do século XVIII, a noção do coletivo passou por uma importante reconstrução. Naquela época, a Medicina estava limitada ao cuidado individual e não participava da vida pública. Foi a partir de interesses políticos e econômicos que a Medicina redefiniu-se como prática social e passou a participar do projeto de constituição da sociedade (Salum et al., 1999).

Assim, a Medicina como prática social passou a compartilhar o objetivo de controlar e aumentar a força de trabalho. Suas ações passaram a incidir sobre a saúde pública e o coletivo foi recortado nos limites da exclusão social (Salum et al., 1999).

Com a Lei dos Pobres na Inglaterra, a prática médica aproximou-se das questões sociais e passou a relacioná-las ao adoecimento. No entanto, a assistência aos pobres e o projeto sanitário limitado não visavam à assistência aos excluídos socialmente como uma forma de direito social, mas sim a defesa econômica e política da sociedade.

Até a Revolução Industrial, os pobres eram assistidos por pessoas ligadas a religião, à caridade e outros pequenos grupos que realizavam ações na tentativa de aliviar a pobreza. Com a industrialização, o aumento da classe trabalhadora exposta a condições extremamente precárias de trabalho fez

crescer a miséria urbana, fazendo com que esses grupos não suportassem as demandas para alívio da pobreza (Codes, 2008).

Assim, tiveram início as primeiras tentativas para compreender e avaliar as causas e as dimensões da pobreza (Codes, 2008). Em função dos interesses da nova economia vigente, passaram a ser discutidas questões como os salários destinados aos pobres e mesmo a elegibilidade para a ajuda social: “os pobres não deveriam ser tão elegíveis à ajuda pública quanto os trabalhadores independentes da classe mais baixa” (Castel, 1998 apud Codes, 2008, p. 10).

Ações destinadas ao alívio da pobreza pregavam a menor ajuda de custo possível, apenas para suprir as necessidades de sobrevivência. Essas ações, além de exigir o mínimo possível de recursos, ainda funcionavam como estratégia para os pobres aceitarem qualquer valor de salário que lhes fossem propostos. Estudos foram feitos para determinar quais eram as necessidades mínimas para a sobrevivência dos pobres, com diferentes enfoques: a perspectiva da *subsistência*, das *necessidades básicas*, da *privação relativa* e da *privação de capacidades* (Codes, 2008).

A formulação do conceito de pobreza fundamentada na **perspectiva da *subsistência*** teve seu início na Inglaterra, relacionada ao tratamento dado aos pobres apenas para a manutenção do corpo físico. O principal embasamento eram estudos nutricionais que apontavam as necessidades energéticas mínimas e necessárias para a sobrevivência humana.

Com o período do pós-guerra, teve início uma nova abordagem da pobreza, relacionada aos investimentos necessários para a geração de emprego para toda população disponível para o trabalho. Tratava-se da garantia de emprego pleno a todas as camadas da população (Codes, 2008).

O conceito de pobreza inspirado pela perspectiva das **necessidades básicas** surgiu a partir das considerações e críticas ao conceito de pobreza pela abordagem da *subsistência*. Essas críticas estavam relacionadas ao fato de que o ser humano não é apenas um organismo individual que necessita de alimentos para subsistir, mas também um sujeito social com múltiplos papéis na sociedade (Codes, 2008). Assim, a perspectiva das *necessidades básicas*, além das necessidades nutricionais, incorporou outras, como moradia adequada, vestuário, acesso a água tratada, acesso a serviços educação e saúde, entre outros.

Na perspectiva das *necessidades básicas*, o conceito de pobreza também foi objeto de questionamentos, uma vez que nessa abordagem os recursos considerados básicos (alimentação, vestuário, moradia, escola, saúde e outros) são tidos como absolutos e universais. Sabe-se, entretanto, que podem ser influenciados por diferentes culturas, civilizações e pelo próprio nível de desenvolvimento das sociedades (Codes, 2008). Ou seja, mesmo representando uma ampliação da perspectiva da *subsistência*, a abordagem da pobreza pela perspectiva das *necessidades básicas* ainda exige uma formulação para o conceito relativo da pobreza que atenda às diferentes formas de inserção das pessoas na sociedade.

O conceito de pobreza sob a perspectiva da **privação relativa** entende que os pobres são pessoas que não possuem recursos e condições de vida suficientes para desempenhar seus papéis na sociedade (Codes, 2008). Essa perspectiva prega que a pobreza não pode ser qualificada como absoluta, pois as necessidades das pessoas modificam-se e variam no tempo. Portanto, a pobreza deve ser entendida a partir do contexto social em que se insere (Rocha, 2003).

A formulação do conceito de pobreza sob essa perspectiva passou a consolidar as discussões sobre os direitos de cidadania. Mais que ter recursos para a própria sobrevivência, o tema da pobreza sob a ideia da privação relativa defende a criação de sociedades mais igualitárias, entendendo que o enfrentamento da pobreza passa pela defesa do direito da cidadania (Codes, 2008).

Rocha (2003) considera que as linhas da pobreza relativa estão relacionadas à distribuição da renda e que o objetivo social passa a ser mais que uma busca pelo crescimento econômico, mas sim a distribuição equitativa desse crescimento para toda a população. A autora acredita que caso se vise apenas ao crescimento econômico, sem reduzir as desigualdades, a eliminação da pobreza absoluta no país ficará postergada para um futuro muito distante.

Rocha (2003) considera ainda que a distribuição equitativa da renda assume papel estratégico no Brasil por três razões: a primeira relacionada à justiça social; a segunda relacionada à questão disfuncional em que o nível explosivo de desigualdade de renda gera conflitos, principalmente nas áreas

mais críticas; e a terceira, relativa ao fato de que as oportunidades de crescimento econômico são concentradoras, o que exige do Estado ações focadas na diminuição das desigualdades e redução da pobreza.

Uma das principais autoridades mundiais que trouxe importantes contribuições para as formulações do conceito da pobreza é Amartya Sen, um indiano que formulou a Teoria da escolha social e economia do bem-estar, o que resultou em um grande avanço sobre esse tema (Marin; Ottonelli, 2008).

Sen expandiu o conceito de pobreza, levando em consideração todas as formulações até então apresentadas e acrescentando-lhe temas relativos à justiça social, liberdade, igualdade e desigualdade. O autor procurou deslocar o foco dos “meios” (entendidos como a renda) para os “fins” (objetivos que as pessoas pretendem alcançar). Para isso, formulou dois conceitos-chave em sua teoria: *funcionamentos* e *capacitações*.

Os *funcionamentos* refletem o que as pessoas consideram como valioso fazer ou ter para as próprias vidas, como por exemplo, estar bem nutrido, ter uma boa moradia e participar da sociedade. Já as *capacitações* estão relacionadas às combinações realizadas por essas pessoas, cujos resultados são factíveis para elas (Sen, 2000).

Em outras palavras, os *funcionamentos* são os atributos que as pessoas consideram importantes para incluir nas suas vidas; enquanto as *capacitações* (ou capacidades) são a liberdade que as pessoas detêm para escolher e fazer combinações entre os atributos (funcionamentos) que consideram importantes para as próprias vidas. Relacionam-se, portanto, à liberdade de escolha e às

combinações dos funcionamentos que as pessoas elegem para as suas vidas (Sen, 2000).

Sen defende que a pobreza deve ser entendida como **privação de capacidades** e não apenas definida pelo critério da renda. A privação de capacidade diz respeito à restrição da liberdade que as pessoas possuem para levar a vida da forma como valorizam (Sen, 2000). Ou seja, a pobreza afeta a liberdade de escolha para fazer várias combinações de efetivações, escolhas valiosas para a vida das pessoas. Para o autor, a qualidade de vida é avaliada por essas efetivações e pela capacidade de realizá-las (Sen, 1993).

Não nega que a privação de renda seja uma das principais causas principais da pobreza, já que pode resultar na privação de capacidades. Por outro lado, entende que há outras condições, além da renda, que podem resultar em privação de capacidades e que renda e privação de capacidades podem variar entre indivíduos, famílias e coletividades. Essas diferenças determinariam as diferentes ações que são necessárias para o desenvolvimento do bem-estar das pessoas (Sen, 2000).

Essa abordagem da pobreza também recebeu críticas, relacionadas principalmente a sua operacionalização (Comim; Bagolin, 2002). Seus críticos ponderam que as capacidades, por estarem relacionadas ao que as pessoas são capazes de ser e fazer, a depender do valor a elas atribuído, implicam diferentes graus de complexidade em sua operacionalização, pois não são fáceis de ser observadas ou mensuradas.

Contudo, Comim e Bagolin (2002) consideram que essas capacidades podem ser mensuradas por meio de estudos participativos, como entrevistas, por exemplo, que permitem aos pesquisadores um contato bastante próximo com os entrevistados. Por outro lado, lembram que tais estudos também estão sujeitos a críticas, pois discutem se as pessoas que vivem na situação de pobreza têm consciência sobre as causas dessa situação, ou se apenas sabem identificar os sintomas da pobreza, e se as mesmas definem prioridades para o seu enfrentamento.

É possível observar que a formulação do conceito de pobreza modificou-se, passando a incorporar múltiplas dimensões. Na perspectiva da *multidimensionalidade*, “a pobreza é percebida como um conjunto de problemas abrangentes, constituintes de um emaranhado de fatores que se retroalimentam e que, ao entrarem em sinergia, dificultam a superação de situações de pobreza” (Codes, 2008, p. 24).

Nessa perspectiva, não é só a renda que é analisada, mas também o acesso a saúde, educação, sentimentos de segurança, justiça social, igualdade de gênero, liberdade e exercício da cidadania. Por isso, a perspectiva multidimensional encontra dificuldades para a sua avaliação quantitativa, na agregação em um único indicador ou na atribuição de pesos às várias condições relacionadas à pobreza.

É grande a dificuldade em agregar as diversas dimensões que formam a rede complexa da pobreza. Buscando romper esses limites, na década de 1960 foi criado o primeiro índice para medir a pobreza: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Criado com a colaboração de Amartya Sen, o IDH passou a ser usado nos Relatórios de Desenvolvimento Humano, permitindo comparar a situação dos vários países do mundo (Brasil, 2011b; Marin; Ottonelli, 2008).

O IDH é calculado com base em três variáveis: longevidade, medida por meio da esperança de vida ao nascer; educação, medida por meio da taxa de analfabetismo e da taxa de escolarização bruta, combinada com todos os níveis de ensino (básico, secundário e superior) e de vida digna, medida por meio do Produto Interno Bruto (PIB) em dólar, por paridade de poder de compra. Essas três dimensões variam de zero a um e todas têm o mesmo peso (Brasil, 2011b).

O IDH é útil para avaliar determinadas condições em espaços geográficos bem delimitados como, por exemplo, cidades, estados, regiões ou países. Entretanto, não é capaz de medir as condições de vida de determinados grupos sociais (mulheres, negros e crianças, por exemplo) e tampouco pode ser utilizado para avaliar condições de vida das famílias. O IDF, utilizado neste estudo, foi criado na tentativa de superar essas limitações.

As vantagens da utilização de indicadores para a avaliação das condições de vida das populações, grupos sociais ou famílias, residem na possibilidade de fazer comparações ao longo do tempo, definir prioridades, construir análises mais apuradas sobre pobreza, avaliar impactos e focalizar determinados programas sociais.

Por outro lado, não existe uma única forma para a sua construção, o requer estabelecer as variáveis, definir os pesos e o método de agregação (Barros et al., 2006).

Neste estudo, utilizou-se o IDF para identificar famílias em situação de vulnerabilidade para o adoecimento, de forma a orientar a intervenção em saúde. O IDF apresenta a vantagem de poder utilizar a família como unidade de análise. Diferente do IDH, que analisa unidades geográficas, o IDF permite analisar grupos sociais e demográficos em função da sua característica de “desagregabilidade”.

Por outro lado, sua operacionalização do IDF na prática dos serviços de saúde requer adaptações, pois foi construído inicialmente para análise de dados secundários. Assim, sua utilização para investigar a situação das famílias exigiu a elaboração de um questionário específico, tarefa que se revelou bastante difícil.

Por exemplo, o indicador *nenhuma mulher teve filho vivo nascido no último ano* foi transformado na questão *alguma mulher desta família teve filho nascido vivo no último ano?* Transformar todos os indicadores em questões de fácil compreensão demandou muito trabalho e também foi necessária extrema atenção no momento de atribuir a pontuação aos indicadores.

Ainda assim, a análise das dimensões, dos componentes e dos indicadores do IDF evidenciou as condições que mais contribuíram para a situação de vulnerabilidade das famílias em situação grave ou muito grave.

De forma geral, as famílias entrevistadas neste estudo apresentaram uma situação aceitável de vulnerabilidade, porém algumas dimensões (*acesso ao conhecimento e acesso ao trabalho*) destacaram-se nas famílias em situação de vulnerabilidade grave, principalmente o nível de escolaridade na família, a disponibilidade e a qualidade dos postos de trabalho e a remuneração correspondente. Chamam a atenção para a consolidação de políticas públicas voltadas para o acesso ao conhecimento e ao trabalho, condições também observadas no estudo de Najar et al. (2008).

Considerando a dimensão *acesso ao conhecimento*, o Censo 2010 aponta que há uma desigualdade entre os mais ricos e os pobres na taxa de escolarização líquida, quando comparada pelo quintil de rendimento mensal *per capita* familiar. 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).

Assim, 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%, o que reforça a importância da renda familiar no contexto educacional (IBGE, 2010).

O Censo 2010 evidenciou aumento no acesso à escola nos últimos anos. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD, em 1999, crianças de zero a cinco anos de idade apresentavam uma taxa de escolarização de apenas 23,3%, enquanto que, em 2009, essa taxa alcançou 38,1%. Na faixa etária entre seis e 14 anos, desde 1990, praticamente todas as

crianças frequentavam a escola (IBGE, 2010). Também foi constatada a progressão das crianças de zero a cinco anos e de 15 a 17 anos que frequentam a escola, com um aumento de 14,8% e 6,7%, respectivamente (IBGE, 2010).

Dessa forma, era de se esperar um IDF aceitável na dimensão *acesso ao conhecimento*, diferentemente do que foi identificado tanto na presente investigação, assim como nos estudos de Carvalho et al. (2007) e de Najar et al. (2008). Em ambos os casos, a referida dimensão apresentou resultado indicativo de situação de vulnerabilidade grave.

Isso mostra que não basta garantir o acesso à educação, como tem feito o governo em relação à garantia de acesso universal no ensino básico previstas na Constituição Federal de 1988, em relação ao ensino fundamental, e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394) sancionada em 1996. É preciso ainda garantir a oferta de serviços de qualidade na área da educação.

Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2008) 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. Essa condição reforça que, além de garantir o acesso, é necessário realizar fortes investimentos na qualidade da educação.

Apesar dos avanços observados, o Brasil ainda encontra desafios para assegurar uma educação de qualidade a todos os estratos sociais. Educação de qualidade pressupõe considerar que as condições econômicas, culturais, políticas e sociais estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento do país, já que a educação traz oportunidades de erradicação da pobreza e redução das iniquidades sociais (IPEA, 2008).

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 (Ferreira et al., 2006).

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

As dimensões que apresentaram bom desenvolvimento, ou seja, situação 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, sugere que as crianças estão inseridas no contexto escolar não exercem atividades remuneradas e que a mortalidade infantil é baixa. Ainda

assim, havia crianças de zero a seis anos fora da escola e de creches. Supõe-se que essa situação pode estar relacionada ao fato de algumas famílias não valorizarem a educação infantil, ou por não haver creches próximas aos domicílios das famílias que se encontravam nessa condição.

Apesar de a dimensão *condições habitacionais* ter apresentado um bom desempenho no IDF, o Censo 2010 constatou que os serviços de saneamento, como água tratada em rede geral, esgotamento 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 (IBGE, 2010).

O Censo 2010 faz uma relação entre as condições de vida e renda da população. Conclui que, quanto maior a renda, melhores são as condições de saneamento nos domicílios, por exemplo: o acesso ao saneamento alcança 77,5% dos domicílios com renda *per capita* superior a dois salários. Já nas famílias com rendimento menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*, essa porcentagem cai para 41,3% (IBGE, 2010).

A *disponibilidade de recursos* também foi uma das dimensões que alcançou um 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. Ainda assim, no estudo dos componentes, verificou-se que a

presença de crianças e a ausência do cônjuge contribuíram para que o índice não fosse mais alto.

Em síntese, os resultados encontrados foram semelhantes aos apresentados por Carvalho et al (2007), que realizaram uma síntese temporal das famílias que participaram da PNAD entre os anos de 1992 e 2001. Esses autores concluíram que, dentre as seis dimensões que compõe o IDF, as duas que estavam em situação grave ou muito grave foram o *acesso ao conhecimento* e o *acesso ao trabalho*. Embora tenham observado progressos na dimensão *acesso ao conhecimento*, com o IDF variando de 0,51 a 0,54, a dimensão *acesso ao trabalho* não se mostrou uniforme durante o tempo analisado, classificada sempre como situação de vulnerabilidade grave. O progresso foi maior nas demais dimensões, com exceção da *disponibilidade de recursos*, que também não se mostrou uniforme no período analisado.

Os achados de Carvalho et al (2007), assim como os resultados do presente estudo reforçam importância de políticas públicas e investimentos voltados à educação e ao trabalho.

7.1 Famílias em situação de vulnerabilidade muito grave e grave

Nas famílias classificadas em situação de vulnerabilidade muito grave e grave, o IDF apresentou um índice **muito grave** nas dimensões *acesso ao conhecimento*, *acesso ao trabalho* e *disponibilidade de recursos*, e vulnerabilidade **grave** na dimensão *ausência de vulnerabilidade*, apenas para aquelas classificadas em situação de vulnerabilidade muito grave.

As famílias classificadas em situação de vulnerabilidade grave ou muito grave tinham como característica a presença de adultos analfabetos ou com pouca escolaridade, sem acesso a atividades remuneradas e que estavam abaixo da linha da pobreza.

Em relação à dimensão *acesso ao conhecimento* os resultados encontrados vão ao encontro de algumas das informações socioeconômicas da RA XIV (São Sebastião - DF). Sabe-se que 13,7% da população local nunca frequentou a escola e não sabe ler e escrever, 15,1% são analfabetas funcionais, 36,7% têm o ensino fundamental incompleto, 22,5% possuem o ensino médio completo e apenas 2,4% possuem o ensino superior completo (DIEESE, 2011).

Assim, a famílias em situação de vulnerabilidade muito grave e grave eram compostas, em sua maioria, por pessoas com baixa escolaridade. Essa situação reforça a questão das desigualdades na educação que, por sua vez, são reflexos das condições políticas, econômicas e culturais a que essas pessoas estão submetidas.

Em relação à dimensão *acesso ao trabalho*, as informações da situação socioeconômica apontam que 50,2% da população em idade ativa da RA de São Sebastião encontram-se ocupadas, enquanto que 45,4% estão inativas e cerca de 4,0% encontram-se na situação de desemprego (DIEESE, 2011).

Porém, nas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave não havia mais que a metade das pessoas, em uma mesma família, que exercia atividade remunerada. Na verdade, nessas famílias não havia pessoas

inseridas no trabalho formal ou em um trabalho que lhes proporcionasse uma segurança em relação à renda. Já 90,0% das famílias em situação de vulnerabilidade grave informaram que não havia mais que a metade de seus membros exercendo atividade remunerada.

Na dimensão *disponibilidade de recursos*, todas as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave estavam abaixo da linha da extrema pobreza e recebiam a maior parte de suas rendas por meio de auxílios do governo. As famílias em situação de vulnerabilidade grave estavam abaixo da linha da pobreza e 61,7% informaram receber a maior parte da renda com auxílio do governo.

De acordo com os dados socioeconômicos da RA de São Sebastião, 14,7% da população está situada abaixo da linha da pobreza e 21,2%, abaixo da linha da extrema pobreza (DIEESE, 2011).

As desigualdades sociais muitas vezes expressam injustiças sociais, principalmente quando relacionadas a questões de gênero, cor e grupos mais fragilizados. No Distrito Federal, por exemplo, os grupos em que há maior concentração na extrema pobreza são mulheres e idosos (Brasília, 2011). Daí a importância do enfrentamento das desigualdades sociais e das injustiças a elas relacionadas, como forma de resposta às iniquidades sociais.

A dimensão ausência de vulnerabilidade contribuiu de forma crítica para as famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, pois nessas famílias havia presença de crianças, adolescentes ou jovens, ausência do cônjuge, a chefe de família do sexo feminino vivendo sem o cônjuge.

As condições as quais se encontram expostas tais famílias reforçam a importância para a reflexão e ações do Estado quanto aos mecanismos de proteção social aos mais vulneráveis. Não se trata apenas de construir escolas, é necessário oferecer educação de qualidade. Da mesma forma, é necessário fornecer qualificação profissional e remuneração compatível.

O modelo de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (1999) interliga as dimensões individual, social e programática, relacionando-as ao processo saúde-doença como resultado da determinação social. É possível identificar que a dimensão individual e familiar sofre influência das dimensões sociais, acesso à educação, saúde e trabalho.

8 CONCLUSÕES

A análise das dimensões, componentes e indicadores do Índice de Desenvolvimento da Família permitiu chegar às seguintes conclusões:

❖ Quanto ao perfil sociodemográfico das famílias:

- as famílias eram compostas, em média, por quatro integrantes;
- 52,8% dos membros eram do sexo feminino;
- a média de idade foi 27 anos e a mediana, 25 anos (dp = 18,2 anos);
- 60,8% declararam-se de cor parda;
- 58,9% apresentavam a situação conjugal de solteiro;
- 40,0% tinham o ensino fundamental incompleto;
- 46,7% eram provenientes da região Centro-oeste;
- 48,6% dos membros não tinham renda própria (incluídos crianças e idosos);
- 22,2% das famílias estavam abaixo da linha da pobreza e 8,4%, abaixo da linha da extrema pobreza;
- predominaram chefes de família do sexo masculino (54,4%), dos quais 90,8% eram casados ou viviam com a cônjuge em união estável.

❖ Quanto ao Índice de Desenvolvimento da Família:

- 83,7% das famílias encontravam-se em situação aceitável, 14,7% em situação grave e 1,6% em situação de vulnerabilidade muito grave;
- o IDF geral das famílias foi de 0,77, o que corresponde a uma situação aceitável, sendo que o menor índice encontrado foi 0,39 (dp = 0,11) e a mediana de 0,78;

- as dimensões *acesso ao conhecimento* e *acesso ao trabalho* indicaram situação de vulnerabilidade grave, com IDF de 0,60 e 0,64 respectivamente;
- a dimensão *desenvolvimento infantil* foi a que apresentou melhor índice (0,94);
- as famílias classificadas em situação de vulnerabilidade muito grave apresentaram situação muito grave nas dimensões *acesso ao conhecimento* (0,33), *acesso ao trabalho* (0,17) e *disponibilidade de recursos* (0,00) e vulnerabilidade grave na dimensão *ausência de vulnerabilidade* (0,61);
- as famílias classificadas em situação de vulnerabilidade grave apresentaram vulnerabilidade muito grave nas dimensões *acesso ao conhecimento* (0,43), *acesso ao trabalho* (0,39) e *disponibilidade de recursos* (0,37);
- as famílias em situação aceitável apresentaram vulnerabilidade grave na dimensão *acesso ao conhecimento* (0,64);
- as dimensões *desenvolvimento infantil* e *condições habitacionais* apresentaram situação aceitável em todas as famílias;
- 20,6% das famílias apresentaram grau de vulnerabilidade muito grave na dimensão *acesso ao conhecimento*;
- 26,6% das famílias apresentaram grau de vulnerabilidade grave na dimensão *acesso ao conhecimento*;
- 100,0% das famílias apresentaram grau de vulnerabilidade aceitável na dimensão *desenvolvimento infantil*;

- 100,0% das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave apresentaram o pior índice (0,00) na dimensão *disponibilidade de recursos*.

❖ **Quanto aos componentes do Índice de Desenvolvimento da Família:**

- os componentes *atenção e cuidado com crianças, adolescentes e jovens* e *presença do cônjuge* apresentaram os piores índices na dimensão *ausência de vulnerabilidade*, 0,26 e 0,52 respectivamente;
- o componente *escolaridade* apresentou uma situação de vulnerabilidade muito grave (0,32) na dimensão *acesso ao conhecimento*;
- os componentes *disponibilidade de trabalho e remuneração* apresentaram situação de vulnerabilidade grave na dimensão *acesso ao trabalho* com índices de 0,62 e 0,51 respectivamente;
- não houve situação de vulnerabilidade muito grave ou grave nos componentes da dimensão *disponibilidade de recursos*, porém o componente *pobreza* ficou próximo ao limite da vulnerabilidade grave com índice de 0,69;
- as famílias apresentaram situação aceitável na dimensão *desenvolvimento infantil* e o componente *trabalho precoce* foi o que apresentou o melhor índice (1,00);
- o componente *déficit habitacional* apresentou situação de vulnerabilidade grave na dimensão *condições habitacionais*, com

índice de 0,60, sendo que o melhor índice foi do componente *acesso a energia elétrica* (1,00).

❖ **Quanto à caracterização das famílias em situação de vulnerabilidade grave:**

- 47 famílias estavam em situação de vulnerabilidade grave, num total de 217 pessoas;
- 54,4% dos integrantes dessas famílias eram do sexo feminino;
- a idade média dos membros foi 24 anos ($dp = 18,4$) e a mediana de 17 anos;
- 62,2% declararam-se de cor parda;
- 71,0% declararam-se solteiros;
- 48,8% não haviam concluído o ensino fundamental;
- 55,8% das pessoas eram provenientes da região Centro-oeste;
- 61,8% não dispunham de renda própria, 13,8% recebiam entre um e dois salários mínimos e 5,0% recebiam entre dois e três salários mínimos.

❖ **Quanto à caracterização das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave:**

- cinco famílias estavam em situação de vulnerabilidade muito grave, com um total de 20 pessoas;
- a maioria dos membros dessas famílias eram jovens, com média de idade de 29 anos ($dp = 22,8$ anos) e mediana de 17 anos;
- 60,0% eram do sexo feminino;

- 75,0% declararam-se de cor parda;
- 75,0% eram solteiros;
- 60,0% não haviam concluído o ensino fundamental;
- 45,0% eram provenientes da região Centro-oeste.
- 65,0% não tinham renda própria e 35,0% recebiam menos que um salário mínimo.

❖ **Quanto aos indicadores e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade grave:**

- Em relação à dimensão *ausência de vulnerabilidade*:
 - 95,7% responderam de forma negativa ao indicador *ausência de crianças, adolescentes ou jovens*;
 - 89,4% responderam de forma negativa ao indicador *ausência de crianças ou adolescentes*;
 - 76,6% responderam de forma negativa ao indicador *ausência de crianças*;
 - 55,3% não contavam com a presença do cônjuge;
 - 63,8% responderam de forma negativa à presença do chefe de família do sexo masculino e do chefe que vive com a presença do cônjuge.
- Em relação à dimensão *acesso ao conhecimento*:
 - 38,3% não contavam com a presença de pelo menos um adulto com ensino fundamental completo;

- 76,6% não contavam com a presença de pelo menos um adulto com ensino médio completo;
- 100,0% não contavam com a presença de um adulto com ensino superior completo.

➤ Em relação à dimensão *acesso ao trabalho*:

- 91,5% não apresentavam mais que a metade de seus membros em idade ativa ocupados;
- 51,1% não apresentavam ao menos um trabalhador ocupado há mais de seis meses no mesmo trabalho;
- 70,2% não apresentavam ao menos um trabalhador ocupado no setor formal;
- 53,2% não apresentavam um ocupado que recebesse mais que um salário mínimo;
- 97,9% não apresentavam um ocupado que recebia mais que dois salários mínimos.

➤ Em relação à dimensão *disponibilidade de recursos*:

- 42,6% das famílias encontravam-se abaixo da linha da extrema pobreza;
- 85,1% das famílias encontravam-se abaixo da linha da pobreza;
- 61,7% recebiam a maior parte de sua renda por meio de transferências do governo.

➤ Em relação à dimensão *desenvolvimento infantil*:

- 46,8% apresentavam crianças de zero a seis anos de idade fora da escola;
 - 4,3% apresentavam adolescentes de 15 a 17 anos fora da escola;
 - 6,4% apresentavam adolescentes de até 14 anos de idade com mais de dois anos de atraso de estudo;
 - Não havia adolescentes analfabetos;
 - 19,1% apresentavam mulheres com filhos que morreram;
 - 12,8% apresentavam mulheres que tiveram filhos natimortos.
- Em relação à dimensão *condições habitacionais*:
- 27,7% não apresentavam domicílio próprio ou cedido;
 - 68,1% tinham mais que dois moradores por dormitório;
 - 2,1% dos domicílios não eram feitos de material de construção permanente;
 - 10,6% dos domicílios não apresentavam acesso adequado à água;
 - 21,3% dos domicílios não apresentavam esgotamento sanitário adequado;
 - 2,1% não tinham o lixo coletado;
 - Todos apresentavam acesso à eletricidade;
 - Todos contavam com acesso a fogão e geladeira;
 - 2,1% não tinham televisão;
 - 63,8% não tinham telefone;
 - 83,0% não tinham computador.

❖ **Quanto aos indicadores de vulnerabilidade e necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave:**

➤ Em relação à dimensão *ausência de vulnerabilidade*:

- 80% das famílias não contavam com a presença do cônjuge;
- 100,0% eram chefiadas por mulheres;
- 100,0% das famílias responderam de forma negativa aos indicadores *ausência de crianças ou adolescente*,
- 100,0% das famílias responderam de forma negativa ao indicador *ausência de crianças, adolescentes ou jovens*,
- 100,0% das famílias responderam de forma negativa ao indicador *responsável pela família é do sexo masculino e vive na presença do cônjuge*;
- nenhuma família respondeu de forma negativa aos indicadores *não existe criança no domicílio cuja mãe tenha morrido*, *ausência de pessoa com incapacidade visual*, *ausência de pessoa com incapacidade auditiva* e *família não mora em setor classificado como aglomerado subnormal*.

➤ Em relação à dimensão *acesso ao conhecimento*:

- 80,0% das famílias não apresentavam pelo menos um adulto com ensino fundamental completo;
- 100,0% não apresentavam pelo menos um adulto com ensino médio ou superior completos;
- 20,0% apresentavam pelo menos um adulto analfabeto.

- Em relação à dimensão *acesso ao trabalho*:
 - 100,0% não apresentavam mais que a metade de seus membros em idade ativa ocupados;
 - 100,0% não apresentavam pelo menos um trabalhador há mais de seis meses no trabalho atual;
 - 100,0% não apresentavam pelo menos um ocupado no setor formal;
 - 100,0% não apresentavam um membro ocupado com renda superior a um ou dois salários mínimos.

- Em relação à dimensão *disponibilidade de recursos*:
 - 100,0% das famílias estavam abaixo da linha da extrema pobreza e recebiam a maior parte da sua renda por meio de transferências do governo.

- Em relação à dimensão *desenvolvimento infantil*:
 - 40,0% das famílias apresentavam crianças de zero a seis anos fora da escola;
 - 40,0% das famílias apresentavam alguma mãe cujo filho tinha morrido;
 - Não havia crianças com menos de 14 ou 16 anos trabalhando;
 - Não havia crianças de sete a 14 anos fora da escola;
 - 20,0% das famílias apresentavam crianças de 15 a 17 anos fora da escola e crianças de até 14 anos com mais de dois anos de atraso de estudo;

- 20,0% das famílias apresentavam alguma mulher que teve filho natimorto.
- Em relação à dimensão *condições habitacionais*:
 - 60% das famílias tinham mais que dois moradores por dormitório;
 - 40,0% não apresentavam domicílio próprio ou cedido;
 - 100,0% dos domicílios eram feitos de material de construção permanente;
 - 100,0% dos domicílios dispunham de esgotamento sanitário adequado;
 - 100,0% dos domicílios tinham acesso à eletricidade;
 - 20,0% dos domicílios não tinham acesso adequado à água;
 - 20,0% não tinham o lixo coletado;
 - 100,0% não tinham telefone e computador;
 - 20% não tinham televisão.

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O presente estudo identificou famílias em situação de vulnerabilidade grave e muito grave por meio da análise do Índice de Desenvolvimento da Família. Foi operacionalizada a dimensão social do conceito de vulnerabilidade, relacionada às condições de vida e trabalho das famílias. A singularidade das famílias foi considerada, porém o IDF só permite capturar o estágio de desenvolvimento das famílias e suas relações com os recursos sociais disponíveis, avaliando se acarretam em situações de vulnerabilidade.

Os indicadores do IDF referem-se a condições que, embora presentes nas discussões dos profissionais dos serviços de saúde, não são operacionalizadas nas equipes de ESF, de forma a responder as necessidades de saúde das famílias. Tampouco são utilizados para reconhecer aquelas em situação de vulnerabilidade.

As famílias em situação de vulnerabilidade identificadas neste estudo apresentaram necessidades nas áreas de educação, trabalho e renda. Essas condições estavam associadas à situação de pobreza e ao ciclo vicioso entre baixa escolaridade, 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.

O presente estudo contribuiu para reforçar a importância da reflexão acerca do processo de trabalho nos serviços de saúde em relação ao cuidado das famílias cuja condição social e trajetória de vida resultam em maior vulnerabilidade ao adoecimento.

Nos serviços de saúde predominam práticas fundamentadas no modelo biomédico, reducionista e individualizante do cuidado. No cotidiano do trabalho em saúde pouco se discute sobre a determinação social do processo saúde-doença, suas implicações para as famílias e as formas de enfrentamento da pobreza e suas consequências.

Entretanto, como enfatizam Muñoz-Sánchez e Bertolozzi (2007), é possível fazer uma leitura das necessidades de saúde dos grupos sociais e das coletividades a partir do conceito ampliado de vulnerabilidade. Esse conceito pode inclusive renovar as práticas dos serviços de saúde, direcionando as ações para as famílias que mais necessitam de cuidados.

A utilização do conceito ampliado de vulnerabilidade nos serviços de saúde permite um olhar diferenciado para as necessidades das famílias mais vulneráveis, em prol de respostas mais efetivas às suas necessidades de saúde. Esse movimento se faz importante, uma vez que, pessoas e famílias apresentam diferentes formas de viver a vida e, portanto, respondem de maneiras diferenciadas aos seus processos de saúde e doença.

Essa afirmação parte da premissa que as famílias apresentam diferentes situações de vulnerabilidade e diferentes necessidades de saúde com resultado do contexto econômico, político e cultural os quais estão inseridas.

A utilização dos conceitos de necessidades de saúde e de vulnerabilidade pode ajudar os serviços de saúde responder de forma efetiva às demandas das famílias que, muitas vezes, não são percebidas ou são moduladas pelas ofertas dos serviços de saúde.

Serviços de saúde que utilizam o princípio da integralidade como norteador de suas ações procuram responder de forma efetiva às diferentes necessidades das famílias e indivíduos, considerando as diferentes complexidades nos diferentes níveis de atenção a saúde. Se o processo de trabalho das equipes também é orientado pelo princípio da integralidade, essas atuam orientadas pela interdisciplinaridade e intersectorialidade. A complexidade dos problemas requer uma abordagem multidisciplinar e o cuidado às famílias é responsabilidade de diversos setores da sociedade.

Considerando que a Enfermagem integra as equipes de saúde e também se responsabiliza pela atenção e cuidado às famílias, destaca-se a importância de sua atuação nos serviços de saúde de forma a prover um cuidado de qualidade às famílias - foco da atenção à saúde.

Espera-se que a adoção do conceito ampliado de vulnerabilidade, permita à Enfermagem na ESF reconhecer as dificuldades vivenciadas pelas famílias, bem como suas potencialidades de enfrentamento de suas condições de vida e saúde. Para tanto, se faz necessário a criação de vínculos de confiança construídos por meio do exercício do diálogo e da escuta.

O estudo contribuiu para que a pesquisadora, enfermeira de uma equipe ESF, desenvolvesse um olhar mais crítico para as necessidades das famílias mais vulneráveis, suas dificuldades e potencialidades. O IDF permitiu identificá-las, porém o que resta é mobilizar ações para responder a essa situação.

A renovação das práticas da Enfermagem e dos serviços de saúde deve buscar superar práticas cristalizadas, resultado da operacionalização acrítica

das ações previstas nos programas do Ministério da Saúde. Tais programas representam uma orientação, porém não devem ser utilizados de forma mecânica para responder às necessidades das famílias, que variam social e historicamente.

Ao enfrentar as razões que contribuem para as situações de vulnerabilidade das famílias, a Enfermagem não deve atuar de forma isolada e sim buscando a mobilização de outros setores para uma resposta efetiva às condições de saúde das famílias.

Espera-se que este estudo represente uma contribuição para a Enfermagem, em especial na área da Saúde Coletiva, uma vez que apresenta uma estratégia para o reconhecimento de famílias em situação de vulnerabilidade e suas necessidades. Famílias essas que sempre estiveram presente no cotidiano do trabalho da Enfermagem e dos serviços de saúde, mas que, por falta de conhecimento ou instrumentos apropriados, não recebem intervenções que respondam a suas necessidades.

10 REFERÊNCIAS

Antunes MJM, Guedes MVC. Integralidade nos processos assistenciais na atenção básica. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção do SUS e a sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed/ABEN. 2010; 19-27.

Ayres JRCM, França I Jr, Calazans GJ, Salletti 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; 50-71.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 63-72.

Ayres JRCM, França I Jr, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz. 2003: 117-39.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde & Soc*. 2004 set/out; 13(3): 16-29.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, 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; 375-417.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde & Soc*. 2009. 18(2): 11-23.

Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz. 2009.

Barros RP, Carvalho M, Franco S. Pobreza multidimensional no Brasil. Texto para discussão n. 1.227. Rio de Janeiro (RJ): IPEA, 2006.

Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev.Esc.Enf. USP*. 1996; 30(3): 380-98.

Bertolozzi MR. O sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos? *Rev.Nurs*. 2003; 64(6): 27-34.

Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. *Inclusão social. Inclusão Social*. [periódico na internet]. 2005 out/mar [acesso em 2010 abr 20]; 1(1): 28-35. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/viewFile/6/12>.

Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF): Conselho de Saúde; Ministério da Saúde; 1986. Relatório final.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação assistencial. Brasília. 1997.

Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: informes técnicos institucionais. Rev. de saúde Pública. 2000; 34(3): 316-9.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação de Programação da Assistência. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília. 2006(a).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006(b). 7-51.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília. 2008.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. [internet]. Brasília. 2011(a). [acesso em: 2011 set 21]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/cadastro-unico/gestor/cadunico-indice-de-desenvolvimento-da-familia-idf>

Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. [internet]. Brasil; 2011(b). [acesso em: 2011 ago 27]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/>

Brasília. Governo do Distrito Federal (GDF). Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Brasília. Coletânea de informações socioeconômicas. Região Administrativa RA XIV – São Sebastião [internet]. Brasília; 2007 [acesso em 2011 abr]. Disponível em: <http://www.saosebastiao.df.gov.br/>

Brasília. Governo do Distrito Federal (GDF). Companhia de Planejamento do Distrito Federal Brasília. Administração da Região Administrativa RA XIV – São Sebastião [internet]. [atualizado 2011 abr. 13; citado 2010 jul. 15]. Disponível em: <http://www.saosebastiao.df.gov.br/>

Brasília. Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Seminário internacional. O desenvolvimento humano de Brasília e os objetivos do milênio. Estudos e políticas sociais: Brasília e os objetivos do milênio. Brasília. 2011.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção cinética brasileira de 1990 a 2004. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2007 set/dez; 11(23): 605-18.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(4): 1260-8.

Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro(RJ): Forense. 1978.

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; 241-65.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde . In: Pinheiro R, Mattos RA (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro. 2001; 113-125.

Codes ALM. A trajetória do pensamento científico sobre pobreza: em direção a uma visão complexa. Texto para discussão n.1.332 [internet]. 2008 [acesso em 2011 abr]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1332.pdf.

Comim F, Bagolin I. Aspectos qualitativos da pobreza no Rio Grande do Sul. *Ensaio FEE.* Espanha. 2002 ago; 23: 467-490.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Pesquisa socioeconômicas em territórios de vulnerabilidade social no Distrito Federal. Produto 6. Relatório analítico final da pesquisa socioeconômicas em territórios de vulnerabilidade social no Distrito Federal. Brasília; 2011.

Donnagelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. 2.nd ed. São Paulo (SP): Duas Cidades; 1979.

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo (SP): Ícone; 1996.

Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev.Esc.Enf.USP.* 2000 set; 34(3): 233-9.

Egry EY, Chiesa AM, Campos CMS, et al. O projeto Necessidades em Saúde. In: Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo. Dedone, 2008; 49-60.

Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. 1nd ed. São Paulo: Global. 1984.

Ferreira MP, Dini NP, Ferreira SP. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do estado de São Paulo: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. São Paulo em Perspectiva. 2006 jan/mar; 20 (1): 5-17.

Heller A. Teoria de las necesidades en Marx. Barcelona (Espanha): Península. 1986.

Hogan DJ, Marandola E Jr. Para uma conceituação interdisciplinar da vulnerabilidade. [Tradução]. Rev Population, Space and Place. 2005; 11(6): 455-71.

IBGE. 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 (RJ). 2009; 28.

IBGE. 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 (RJ). 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasil: o estado de uma nação – Estado, crescimento e desenvolvimento: a eficiência do setor público no Brasil, 2007. Amorim RLC, Campos AG, Garcia RC (org). Brasília: IPEA. 2008.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo (SP): Global. 1983; 133-58.

Levine DM, Bereson ML, Stphan D. Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português. Rio de Janeiro (RJ): LTC. 2000.

Lopes H, Macedo PB, Machado AF. Análise multidimensional de pobreza para as meso e microrregiões de Minas Gerais. Encontro [internet]. 2004. [acesso em 2011 jul 29]. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/diamantina2004/textos/D04A014.PDF>

Marin SR, Ottonelli J. Medida multidimensional da pobreza: um exercício em Palmeiras da Missões – RS. REDES. 2008 set/dez; 13 (3): 241-265.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007 mar; 12(2): 335-42.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO. 2001; 39-64.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004 set/out; 20(5): 1411-16.

Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 1992. (Cadernos CEFOR, 1 - Séries Textos).

Muñoz-Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento científico em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 319-24.

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): 134-147.

Nakamura Eunice, Egry Emiko Yoshikawa, Campos Célia Maria Sivalli. et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2009 mar/abr.; 17(2), 253-58.

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

Salum MJL, Bertolozzi MR, Oliveira MAC. O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e discontinuidades da história. In: *La enfermería en las Américas*. Washington DC. Organización Panamericana de La Salud. 1999; 101-18.

Sen A. *Desenvolvimento como liberdade*. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo (SP): Companhia das Letras. 2000.

Sen A. O desenvolvimento como expansão de capacidades. [internet]. Tradução: João Régis Castro Andrade. São Paulo (SP): Lua Nova; 1993. n, 28-29. [acesso em: 2011 ago 07]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451993000100016&lng=pt&nrm=iso#qdr1

Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. Rev Bra Enferm. 2006 jul/ago; 59(4): 488-91.

Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF, Santos L, Bilibio LFS, Ceccim RB, Feuerwerker HAP, organizadores. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde. 2004; 1: 284-99.

Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4 ed. São Paulo (SP): Roca. 2009.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Tharsila Martins Rios da Silva, enfermeira e aluna do curso de pós-graduação – nível de Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa: *“Avaliação da vulnerabilidade de famílias na Atenção Básica”*.

O estudo visa identificar famílias em situação de vulnerabilidade, atendidas por uma Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como identificar as necessidades de saúde expressas por essas situações. Pretende contribuir para a melhoria dos processos de trabalho do serviço de saúde que atendem essas famílias.

Sua participação é voluntária e você poderá fazer perguntas que julgar necessárias, podendo recusar-se a responder qualquer pergunta e interromper sua participação a qualquer momento. Sua identificação não é necessária e será garantido seu anonimato e o sigilo das informações. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicações; porém a sua identidade não será revelada e a confidencialidade dos dados será mantida.

Caso aceite fazer parte deste estudo, solicito sua assinatura ao final deste documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde já agradeço a sua participação e caso tenha qualquer dúvida sobre o desenvolvimento desta pesquisa, poderá entrar em contato comigo ou com a orientadora deste estudo:

Pesquisadora: Tharsila Martins Rios da Silva. e-mail:
tharsilarios@gmail.com **Telefone pessoal: (61) 9104-5012**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Amélia C. Oliveira. e-mail: macampos@usp.br

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo, SP. CEP: 05403-000

.....

Eu, _____

(letra de forma), concordo em participar como voluntário(a) do estudo desenvolvido por Tharsila Martins Rios da Silva, declaro que fui convenientemente esclarecido(a) e informado(a) que os procedimentos a serem adotados respeitam os princípios da ética e as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Assinatura do Voluntário

Data

Assinatura da Pesquisadora

Data

APÊNDICE 2 - Questionário de Caracterização da Família

Número de identificação da família:_____ (Número da família cadastrada no SIAB)

ID	Nome	Relação com o responsável	Idade	Sexo	Cor/ Etnia	Situação Conjugal	Local de Nascimento Cidade/ Estado	Escolaridade Até que série estudou?	Renda
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
		1.Responsável 2. Cônjuge 3. Filho 4. Parente 5. Agregado 6. Mãe/pai	<i>Em anos; usar meses para menores de 1 ano</i>	1.Masc. 2.Fem.	1.Branco 2. Pardo 3. Preto 4. AM. 5. Indíg. 6.Outros (____) 99. Não sabe	1. Solt. 2. Cas. 3.Viúvo 4. Divor. 5. União estável 6. Outros (____) 99. Não sabe	1. Sudeste 2. Sul 3. Nordeste 4. Norte 5. Centro-Oeste 6. Outro país 99. Não sabe	1.Analfabeto 2. Analf. funcional 3. Fund. inc. 4. Fund.com. 5. Médio inc. 6. Médio 7. Sup. inc. 8. Superior 9. < de 17 anos fora da escola 98. Não se aplica 99. Não sabe	1.Menos de 1 SM 2. Entre 1 SM e 2 SM 3. Entre 2 SM e 3 SM 4. Mais que 3 SM

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Dimensão: Ausência de vulnerabilidade

1. Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo no último ano?
Sim (0) Não (1)
2. Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo nos dois últimos anos?
Sim (0) Não (1)
3. Na sua casa mais que a metade dos moradores encontra-se em idade ativa, ou seja, de 10 anos ou mais? Sim (1) Não (0)
4. Nesta família há alguma criança que não viva com a mãe? Sim (0) Não (1)
5. Nesta família há alguma criança cuja mãe tenha morrido? Sim (0) Não (1)
6. Há alguma pessoa com incapacidade visual? Sim (0) Não (1)
7. Há alguma pessoa com incapacidade auditiva? Sim (0) Não (1)
8. Há alguma pessoa com incapacidade para deambular? Sim (0) Não (1)
9. Há alguma pessoa com deficiência física? Sim (0) Não (1)
10. Há alguma pessoa com problemas mentais permanente? Sim (0) Não (1)

Dimensão: Acesso ao trabalho e disponibilidade de recursos

11. Mais da metade dos membros em idade ativa encontram-se ocupados (ou seja, que está trabalhando)? Sim (1) Não (0)
12. Pelo menos um trabalhador está há mais de seis meses no trabalho atual?
Sim (1) Não (0)
13. Pelo menos um trabalhador desta família está ocupado no setor formal?
Sim (1) Não (0)
14. Pelo menos um trabalhador desta família está ocupado em uma atividade agrícola? Sim (0) Não (1)
15. Renda familiar *per capita* superior a linha da extrema pobreza (1) Sim (0) Não
16. Renda familiar *per capita* superior a linha da pobreza (1) Sim (0) Não
17. A maior parte da renda da família advém de transferências (exemplo: ajuda de outras famílias ou instituições, Bolsa-Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Benefício Assistencial de Prestação Continuada)?
Sim (0) Não (1)

Dimensão: Desenvolvimento infantil

18. Alguma pessoa desta família com menos de 16 anos está trabalhando?
Sim (0) Não (1)
19. Alguma pessoa desta família com menos de 14 anos está trabalhando?
Sim (0) Não (1)

20. Alguma pessoa desta família entre 0 a 6 anos está fora da escola?
Sim (0) Não (1)
21. Alguma pessoa desta família entre 7 a 14 anos está fora da escola? Sim (0)
Não (1)
22. Alguma pessoa desta família entre 15 a 17 anos está fora da escola?
Sim (0) Não (1)
23. Alguma pessoa desta família com idade igual ou menor que 14 anos está com mais de dois anos de atraso nos estudos? Sim (0) Não (1)
24. Há alguma mulher desta família cujo filho tenha morrido? Sim (0) Não (1)
25. Há alguma mulher desta família que teve filho, com 7 meses ou mais de gestação, que nasceu morto? Sim (0) Não (1)

Dimensão: Condições habitacionais

26. Qual é a condição do seu domicílio? (0) alugado (1) próprio ou cedido
27. Quantos cômodos têm a casa? _____
28. Há mais que dois moradores por dormitório? Sim (0) Não (1)
29. Qual é o material que predomina na construção do seu domicílio? Alvenaria(1)
Madeira aparelhada(0) Taipa não revestida (0) Madeira aproveitada (0)
Palha(0) outros: _____(6)
30. Como é o acesso a água na sua casa? (0) poço ou nascente (1) canalizada da rede geral
31. Na sua casa há banheiro ou sanitário? Sim (1) Não (0)
32. Em caso afirmativo, este banheiro ou sanitário é de uso: só do domicílio (1)
comum a mais de um domicílio (0).
33. De que forma é feito o escoadouro do banheiro? Rede coletora de esgoto (1)
Fossa séptica(0) outros: (6) _____
34. Onde você mora há:
- coleta de lixo - (0) Não (1) Sim
 - acesso à eletricidade - (0) Não (1) Sim
 - fogão - (0) Não (1) Sim
 - geladeira - (0) Não (1) Sim
 - freezer independente da geladeira - (0) Não (1) Sim
 - televisão - (0) Não (1) Sim
 - rádio - (0) Não (1) Sim
 - telefone móvel – celular (0) Não (1) Sim
 - telefone fixo - (0) Não (1) Sim
 - computador - (0) Não (1) Sim
 - Internet - (0) Não (1) Sim

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 0012/2010

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 313/10 – AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE DE FAMÍLIAS NA ATENÇÃO BÁSICA.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 15/09/2012

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 17 de setembro de 2010.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE