

Artigo original

## Indicadores de vulnerabilidades sociais de famílias residentes em territórios adscritos à Estratégia Saúde da Família

Indicators of social vulnerabilities of families living in territories included in the Family Health Strategy

Indicadores de vulnerabilidades sociales de las familias que habitan en territorios incluidos en la Estrategia de Salud de la Familia

Carolina Dambrós dos Reis<sup>I</sup> , Ethel Bastos da Silva<sup>I</sup> , Vanessa Ramos Kirsten<sup>I</sup> ,  
Alessandra Florencio<sup>II</sup> , Alitéia Santiago Dilélio<sup>III</sup> 

<sup>I</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil

<sup>II</sup> Prefeitura Municipal de Palmeira das Missões, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil

<sup>III</sup> Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** analisar os indicadores de vulnerabilidades sociais de famílias que vivem em territórios adscritos à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e comparar o indicador renda *per capita* com as dimensões desenvolvimento e autonomia, convívio familiar, comunitário e social e renda.

**Método:** pesquisa descritiva, quantitativa, com 174 responsáveis por famílias residentes em territórios com ESF. Os dados foram coletados por meio de um questionário de janeiro a março de 2019. Após, analisados pela estatística descritiva simples, média e desvio padrão. Para comparação entre os grupos utilizou-se o teste qui-quadrado. **Resultados:** a renda foi maior em domicílios com uma pessoa com mais de 60 anos morando sozinha; baixa escolaridade e idade menor de 16 anos; famílias com indivíduos possuindo duas ou mais doenças crônicas; e responsável pela família em trabalho informal ou temporário. **Conclusão:** a renda *per capita* e a dimensão convívio familiar, comunitário, social precisam ser considerados em intervenções.

**Descritores:** Vulnerabilidade Social; Desenvolvimento Humano; Estratégias de Saúde Nacionais; Saúde da Família; Enfermagem

## Abstract

---

**Objective:** to analyze the indicators of social vulnerabilities of families living in territories included in the Family Health Strategy (FHS) and compare the indicator *per capita* income with the dimensions development and autonomy, family, community and social life and income. **Method:** descriptive, quantitative research with 174 guardians of families living in territories with FHS. Data were collected through a questionnaire from January to March 2019. Afterwards, they were analyzed by simple descriptive statistics, mean and standard deviation. For comparison between groups, the chi-square test was used. **Results:** income was higher in households with a person over 60 living alone; low education and age under 16 years; families with individuals with two or more chronic diseases; and responsible for the family in informal or temporary work. **Conclusion:** *per capita* income and the family, community, and social dimension need to be considered in interventions.

**Descriptors:** Social Vulnerability; Human Development; National Health Strategies; Family Health; Nursing

## Resumen

---

**Objetivo:** analizar los indicadores de vulnerabilidades sociales de las familias que viven en territorios adscritos a la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y comparar el indicador de renta per cápita con las dimensiones de desarrollo y autonomía, vida familiar, comunitaria y social y renta. **Método:** investigación descriptiva, cuantitativa, con 174 jefes de familia residentes en territorios con ESF. Los datos se recolectaron a través de un cuestionario de enero a marzo de 2019. Posteriormente, se analizaron mediante estadística descriptiva simple, media y desviación estándar. Para la comparación entre grupos se utilizó la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** el ingreso fue mayor en los hogares con una persona mayor de 60 años que vivía sola; baja escolaridad y menores de 16 años; familias con personas que tienen dos o más enfermedades crónicas; y responsable de la familia en el trabajo informal o temporal. **Conclusión:** deben ser consideradas en las intervenciones la renta per cápita y la dimensión de interacción familiar, comunitaria y social.

**Descriptor:** Vulnerabilidad Social; Desarrollo humano; Estrategias de Salud Nacionales; Salud de la Familia; Enfermería

## Introdução

A ciência vem estudando e construindo instrumentos precisos para mensurar a vulnerabilidade social e, assim, conhecer as necessidades da população relacionadas à saúde ampliada, que considera as questões sociais como: educação, renda, ocupação e cultura. Entre eles, está o Sistema de Indicadores de Vulnerabilidade Familiar (SIVF), criado para ser aplicado no Município de São José do Rio Preto, em São Paulo, o qual surgiu em decorrência da necessidade de uma avaliação minuciosa e profunda sobre a

realidade social da cidade.<sup>1</sup> Os indicadores sociais podem ser utilizados como suporte para decisões locais na identificação dos padrões de vulnerabilidade, e , a partir disso, avaliar os impactos por meio da qualificação de ações para o seu enfrentamento.<sup>2</sup>

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui um papel importante como facilitadora no acompanhamento de indivíduos e, também, na redução de desigualdades microrregionais, pois possibilita a atuação dos profissionais de saúde nos diferentes territórios, que muitas vezes são vulneráveis. O território é fruto de todo processo histórico, político e social que configura o modo como as pessoas vivem e, também, na organização do trabalho das equipes de ESF, pois é preciso levar em conta o reconhecimento das necessidades sociais de saúde das pessoas que habitam o lugar e sua cultura, para planejar as ações a serem desenvolvidas. Nesta lógica, a organização das equipes de ESF está baseada em uma territorialidade, a partir de uma população adscrita, em uma localidade geograficamente demarcada.<sup>3</sup> Estes territórios são subdivididos em áreas de abrangência.<sup>4-5</sup>

Portanto, conhecer os territórios também possibilita aos profissionais desenvolverem pesquisas e gerarem estimativas confiáveis, o que permite compreender a realidade local e identificar áreas de maior vulnerabilidade, contribui para o redesenho de uma rede de atenção à saúde e promoção social, em todas as escalas geográficas, considerando o território vivo. Além de auxiliar os gestores a planejar políticas públicas eficazes de acordo com a necessidade da população, garantindo o acesso aos direitos socioassistenciais, condição fundamental para a superação das desigualdades sociais existentes.<sup>4,6</sup> Estudo realizado no Canadá e Estados Unidos reforça a necessidade de intervenção proativa para reduzir as disparidades com medidas de ajuste de risco que integrem fatores sociais; apoiar os cuidados primários orientados para a comunidade; desenvolvimento social e econômico, de equidade, de abordagens baseadas em potencialidades; e de um foco coletivo.<sup>7</sup>

A Enfermagem pode contribuir para que as ações sejam territorializadas e, assim, articular as equipes multiprofissionais dos serviços de saúde, de educação, assistência social, de habitação e gestão pública dos municípios. A articulação destes serviços é fundamental para que seja prestada uma atenção de qualidade, garantindo os direitos

desta população adscrita aos territórios, facilitando o acesso a serviços e contribuindo para a monitoração da resolutividade das ações.<sup>6</sup>

Alguns indicadores de vulnerabilidade que constituem o instrumento adotado para medir o índice de vulnerabilidade da cidade de São José do Rio Preto, do Estado de São Paulo, foram organizados em um questionário e aplicados em famílias de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS), distante da capital e regiões metropolitanas, o que pode trazer resultados diferentes de grandes cidades. Estes indicadores pontuam a vulnerabilidade de famílias de territórios de adscrição de ESF, revelam as múltiplas vulnerabilidades relativas às dimensões desenvolvimento e autonomia, convívio familiar comunitário e social e renda. Portanto, a necessidade de avaliar a vulnerabilidade surge para identificar problemas sociais e, assim, conhecer parte da realidade da população de territórios vulneráveis.<sup>1</sup>

Nesse sentido, acredita-se que, ao identificar os indicadores de vulnerabilidades sociais de famílias que vivem em territórios adscritos a uma ESF de um município localizado na região noroeste do RS, podem-se identificar problemas que requerem intervenções intersetoriais. A partir dos pressupostos mencionados, o presente estudo tem como objetivo: analisar os indicadores de vulnerabilidades sociais de famílias que vivem em territórios adscritos à ESF e comparar o indicador renda *per capita* com as dimensões desenvolvimento e autonomia, convívio familiar, comunitário e social e renda.

## Método

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida no Município de Palmeira das Missões, situado na região noroeste do Estado do RS, nos meses de janeiro a março de 2020. A cidade conta com uma população de 34.328 habitantes, segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,4 salários mínimos e o percentual da população com rendimento nominal mensal *per capita* de até 1/2 salário mínimo é de 35,2%. O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,737. No mapa da pobreza e da desigualdade, a prevalência da pobreza é de 30,53%, de pobreza subjetiva, 23,65% e o índice de Gini é de 0,41%.<sup>8</sup>

No âmbito da Saúde, Palmeira das Missões conta com dez unidades de ESF. A pesquisa foi realizada em três: Centro Social Urbano (CSU), Mutirão e Fundação Hospitalar Palmeira das Missões FUNHPAM, escolhidas por serem as áreas reconhecidas pelos gestores dos serviços de saúde com diversos fatores de risco e vulnerabilidade social.

Participaram representantes das famílias maiores de 18 anos que estavam no domicílio no momento da entrevista e viviam nos territórios adstritos a três unidades da ESF, no Município Palmeira das Missões/RS. O total de famílias em situação de vulnerabilidade foi de 1677, sendo 1155 das unidades da ESF CSU e Mutirão e as demais, da ESF FUNHPAM. O cálculo amostral totalizou 313 famílias nos três territórios, com a média de 105 por unidade da ESF.

Adotaram-se como critérios de inclusão: ser usuário dos serviços da ESF; estar no domicílio no momento da coleta; ter idade  $\geq 18$  anos na data da entrevista; e residir no bairro há pelo menos seis meses. E como critério de exclusão: usuário sem condições de saúde cognitiva para responder aos instrumentos da pesquisa. Não foi excluído nenhum participante desta pesquisa.

Para a seleção utilizou-se uma lista fornecida pelos responsáveis das unidades da ESF, com um sorteio simples: uma família a cada cinco. Pegava-se a primeira família, pulavam-se quatro, pegava-se a família seguinte e pulavam-se quatro, até o final do documento. A escolha das famílias foi aleatória. Realizaram-se três visitas a cada família sorteada, na tentativa de encontrá-las em casa.

Entretanto, no período da coleta de dados, teve início a pandemia de COVID-19, e a quarentena, o que impossibilitou a continuação da pesquisa. Sendo assim, foram entrevistadas 70 famílias da ESF FUNHPAM, 76 da ESF CSU e 28 da ESF Mutirão, totalizando 174 representantes entrevistados.

Para mensurar os indicadores de vulnerabilidade familiar, empregou-se o instrumento do Sistema de Indicadores de Vulnerabilidade Familiar de São José de Rio Preto – SIVF, o qual está organizado em um quadro composto de Dimensões (Segurança de Acolhida, Desenvolvimento e Autonomia, Convívio familiar comunitário e social e Renda), as quais se constituem de componentes que são ramificados em indicadores individuais e compostos, segundo a metodologia parcial de indicadores em cascata.<sup>1</sup>

Na proposta original do instrumento existem quatro dimensões e, neste estudo, fez-se um recorte, em que foram analisadas as dimensões de desenvolvimento e autonomia, convívio familiar, comunitário e social e renda. A dimensão desenvolvimento e autonomia é constituída por 14 indicadores: sexo do responsável pela família, idoso com mais de 60 anos morando sozinho, tipo de doença, deficiência física, deficiência mental, analfabetismo, escolaridade, atividade principal, dependência de álcool/alcoolismo, dependência de drogas ilícitas, criança grávida (10 a 14 anos) e adolescente grávida (15 a 19 anos), desocupação e mudança de residência nos últimos 12 meses.

A dimensão convívio familiar comunitário e social é composta por 10 indicadores: convivência familiar e comunitária, alguém da família que se encontre preso nos últimos 12 meses, alguém da família que se encontre cumprindo medidas socioeducativas, pessoas da família que morem na rua, pessoas da família que morem em abrigo, familiar dependente de drogas, familiar com deficiência ou doença mental, desemprego do chefe da família. E a dimensão renda inclui: renda *per capita* inferior a R\$ 170,00, renda *per capita* e escolaridade baixas, renda *per capita* baixa e deficiência, renda *per capita* baixa e menor de idade, renda *per capita* de pessoas idosas, renda oriunda de pessoas com 10 a 15 anos que trabalham e expectativa de renda futura. Os indicadores foram organizados no instrumento em forma de perguntas, com respostas sim e não.

Os entrevistadores fizeram treinamentos, e executaram um teste piloto antes de começar a coleta de dados, que foi realizada pelos pesquisadores acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em visitas domiciliares (VDs), no período de janeiro a março de 2020. Após, os dados foram digitados em um banco de dados no programa Excel, com a análise por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0, gerando estatísticas descritivas simples (média, desvio padrão e percentual). Para comparação entre os grupos, aplicou-se o teste qui-quadrado. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas quando o  $p < 0,05$ .

O estudo seguiu as recomendações éticas e foi aprovado no dia 12 de setembro de 2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o Parecer nº 3.571.048 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 19828119.4.0000.5346.

## Resultados

Nesta pesquisa foram entrevistados 174 representantes das famílias, com idade média de 49,83±17,56 anos, que, em sua maioria, se autodeclararam de cor branca e parda, com de 1 a 4 anos de estudo, e com renda *per capita* mínima de R\$ 100,00 e máxima de R\$ 1.200,00.

A Tabela 1 descreve a vulnerabilidade social por meio de indicadores da dimensão de desenvolvimento e autonomia. As maiores frequências observadas foram a presença de 55 (30,5 %) domicílios com pessoas de mais de 16 anos de idade e menos de 4 anos de estudo; 45 (25,9 %) domicílios com pessoas que portavam duas ou mais doenças crônicas; e 38 (21,8%) domicílios em que o responsável estava desempregado.

Na amostra não foram encontrados domicílios com chefe mulher com filhos menores de 15 anos, sem cônjuge e analfabeta e, também, domicílio com crianças/adolescentes (10 a 14 anos) grávidas.

**Tabela 1** - Indicadores da dimensão desenvolvimento e autonomia de famílias em territórios adscritos em Estratégias Saúde da Família, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022. (n=174)

Indicador desenvolvimento e autonomia	Sim n(%)	Não n(%)
Domicílio em que o chefe é mulher com filhos menores de 15 anos, sem cônjuge e analfabeta	-	174 (100)
Domicílio com 1 pessoa com mais de 60 anos morando sozinha	16 (9,2)	158 (90,8)
Domicílio moram pessoas portando 2 ou mais doenças crônicas	45 (25,9)	129 (74,1)
Domicílio mora alguma pessoa com deficiência física (distúrbios motores/neurológicos)	19 (10,9)	155 (89,1)
No domicílio mora alguma pessoa com deficiência mental/intelectual	8 (4,6)	166 (95,4)
Domicílio com pessoas de mais de 16 anos e menos de 4 anos de estudo	53 (30,5)	121 (69,5)
Domicílio com pessoas entre 4 e 15 anos de idade que não estudam	5 (2,9)	169 (97,1)
Domicílio em que o responsável está trabalhando informalmente ou tem trabalho temporário	29 (16,7)	145 (83,3)
Domicílio em que o responsável está desempregado	38 (21,8)	136 (78,2)
Domicílio com dependentes de álcool/alcoolismo	10 (5,7)	164 (94,3)
Domicílio com dependentes de drogas ilícitas	9 (5,2)	165 (94,8)
Domicílio com crianças/adolescentes (10 a 14 anos) grávida	-	174 (100)
Domicílio com adolescente (15 a 19 anos) grávida	2 (1,1)	172 (98,9)

Sobre o convívio familiar, comunitário e social e renda, foram os indicadores mais frequentes: domicílios com pessoas divorciadas/separadas ou viúvas, sendo 52 (30,1%) famílias; e 15 (8,7%) das famílias que possuíam renda *per capita* inferior a R\$ 178,00. Destas, em sete (46,7%) o responsável tinha menos de 4 anos de escolaridade.

**Tabela 2** - Indicadores da dimensão de convívio familiar, comunitário e social e renda em territórios adscritos em Estratégias Saúde da Família, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022. (n=174)

Indicador Convívio familiar, comunitário e social e renda	Sim n(%)	Não n(%)
Domicílio em que existem pessoas divorciadas/separadas ou viúvas	52 (30,1)	121 (69,9)
Domicílio em que existem pessoas que se encontram presas nos últimos 12 meses	-	174 (100)
Domicílio em que existem pessoas que se encontram cumprindo medidas socioeducativas (menores infratores)	-	174 (100)
Domicílio que tem pessoas morando na rua	-	174 (100)
Domicílio que tem pessoas morando em abrigo	-	174 (100)
Família com renda per capita inferior a R\$ 178,00*	15 (8,7)	158 (91,3)
Domicílio com renda per capita inferior a R\$ 178,00 e o responsável com menos de 4 anos de escolaridade*	7 (46,7)	8 (53,3)
Domicílio com deficientes com renda per capita inferior a R\$ 178,00*	3 (20)	12 (80)
Domicílio em que o chefe tem menos de 18 anos e renda per capita inferior a R\$ 178,00	-	15 (100)
Domicílio com pessoas idosas (60 ou mais) com renda per capita inferior a R\$ 178,00*	1 (6,7)	14 (93,3)
Domicílio com renda de pessoas de 10 a 15 anos de idade que trabalham (jovem aprendiz)	1 (0,6)	173 (99,4)

\* Foi estipulada para o estudo a renda per capita de R\$178,00.

A Tabela 3 apresenta a comparação entre a renda *per capita* e a dimensão de desenvolvimento e autonomia. Os resultados apontam que famílias com renda *per capita* > R\$500,00 possuíam pessoas com mais de 60 anos morando sozinhas, quando comparadas a famílias com renda menor ( $p=0,001$ ). Os domicílios com menor renda apresentaram maiores percentuais de pessoas entre 4 e 15 anos de idade que não estudavam ( $p= 0,040$ ), e cujo responsável trabalhava informalmente ou tinha trabalho temporário ( $p= 0,006$ ).

**Tabela 3** - Comparação Renda Per Capita e a dimensão de desenvolvimento e autonomia, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022. (n=174)

Variável	(continua)			p-valor
	<R\$178,00	R\$178,00 a	>R\$500	

		per capita n(%)	R\$500,00 per capita n(%)	per capita n(%)	
Domicílio em que o chefe é mulher	Sim	-	-	-	-
com filhos menores de 15 anos, sem cônjuge e analfabeta	Não	16 (9,2)	64 (36,8)	94 (54)	
Domicílio com 1 pessoa com mais de 60 anos morando sozinha	Sim	-	-	16 (100)	<b>0,001</b>
	Não	16 (10,1)	64 (40,5)	78 (49,4)	
Domicílio moram pessoas portando 2 ou mais doenças crônicas	Sim	7 (15,6)	12 (26,7)	26 (57,8)	0,105
	Não	9 (7)	52 (40,3)	68 (52,7)	
Domicílio mora alguma pessoa com deficiência física (distúrbios motores/neurológicos)	Sim	3 (15,8)	10 (52,6)	6 (31,6)	0,108
	Não	13 (8,4)	54 (34,8)	88 (56,8)	
No domicílio mora alguma pessoa com deficiência mental/intelectual	Sim	1 (12,5)	4 (50)	3 (37,5)	0,631
	Não	15 (9)	60 (36,1)	91 (54,8)	
Domicílio com pessoas de mais de 16 anos e menos de 4 anos de estudo	Sim	6 (11,3)	14 (26,4)	33 (62,3)	0,169
	Não	10 (8,3)	50 (41,3)	61 (50,4)	
Domicílio com pessoas entre 4 e 15 anos de idade que não estudam	Sim	2 (40)	2 (40)	1 (20)	<b>0,040</b>
	Não	14 (8,3)	62 (36,7)	93 (55)	
Domicílio em que o responsável está trabalhando informalmente ou tem trabalho temporário	Sim	7 (24,1)	11 (37,9)	11 (37,9)	<b>0,006</b>
	Não	9 (6,2)	53 (36,6)	83 (57,2)	
Domicílio em que o responsável está desempregado	Sim	7 (18,4)	12 (31,6)	19 (50)	0,082
	Não	9(6,6)	52(38,2)	75(55,1)	
Domicílio com dependentes de álcool/alcoolismo*	Sim	-	5 (50)	5 (50)	0,470
	Não	16 (9,8)	59 (36)	89 (54,3)	
Domicílio com dependentes de drogas ilícitas	Sim	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	0,964
	Não	15 (9,1)	61 (37)	89 (53,9)	
Domicílio com crianças/ adolescentes (10 a 14 anos) grávida	Sim	-	-	-	-
	Não	16 (9,2)	64 (36,8)	94 (54)	
Domicílio com adolescente (15 a 19 anos) grávida	Sim	-	-	2 (100)	0,423
	Não	16 (9,3)	64 (37,2)	92 (53,5)	

A Tabela 4, por sua vez, traz a comparação entre a renda *per capita* e a dimensão de convívio familiar comunitário, social e renda. Foi observada diferença estatística significativa nos domicílios com pessoas de 10 a 15 anos de idade que trabalhavam (jovem aprendiz) que pertenciam a famílias com renda *per capita* menor que R\$178,00 ( $p=0,007$ ).

**Tabela 4** - Comparação da renda per capita com a dimensão de convívio familiar, comunitário e social e renda Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022. (n=174)

					(continua)
Variável		<R\$178,00 per capita n(%)	R\$178,00 a R\$500,00 per capita n(%)	>R\$500 per capita n(%)	p- valor
Domicílio em que existem	Sim	4 (7,7)	14 (26,9)	34 (65,4)	0,129

peças divorciadas/ separadas ou viúvas	Não	12 (9,9)	50 (41,3)	59 (48,8)	
Domicílio em que existem peças que se encontram presas nos últimos 12 meses	Sim	-	-	-	-
	Não	16 (9,2)	64 (36,8)	94 (54)	
Domicílio em que existem peças que se encontram cumprindo medidas socio educativas (menores infratores)	Sim	-	-	-	-
	Não	16 (9,2)	64 (36,8)	94 (54)	
Domicílio que tem peças morando na rua	Sim	-	-	-	-
	Não	16 (9,2)	64 (36,8)	94 (54)	
Domicílio que tem peças morando em abrigo	Sim	-	-	-	-
	Não	16 (9,2)	64 (36,8)	94 (54)	
Família com renda per capita inferior a R\$ 178,00*	Sim	15 (100)	-	-	<b>0,000</b>
	Não	1 (0,6)	63 (39,9)	94 (59,5)	
Domicílio com renda per capita inferior a R\$ 178,00 e o responsável com menos de 4 anos de escolaridade*	Sim	7 (100)	-	-	-
	Não	8 (100)	-	-	
Domicílio com deficientes com renda per capita inferior a R\$ 178,00*	Sim	3 (100)	-	-	-
	Não	12 (100)	-	-	
Domicílio em que o chefe tem menos de 18 anos e renda per capita inferior a R\$ 178,00	Sim	-	-	-	-
	Não	15 (100)	-	-	
Domicílio com peças idosas (60 ou mais) com renda per capita inferior a R\$ 178,00*	Sim	1 (100)	-	-	-
	Não	14 (100)	-	-	
Domicílio com renda de peças de 10 a 15 anos de idade que trabalham (Ver Jovem aprendiz)	Sim	1 (100)	-	-	<b>0,007</b>
	Não	15 (8,7)	64 (37)	94 (54,3)	

## Discussão

Nos domicílios em que foi aplicada a pesquisa, houve prevalência de peças com mais de 16 anos e menos de 4 anos de estudo. A baixa escolaridade é um aspecto que pode vulnerabilizar o indivíduo, especialmente, na juventude, pois, mesmo entre a população jovem, é elevado o número dos que não frequentam a escola e/ou não possuem educação básica, ou pelo menos o ensino fundamental completo. No Brasil, a taxa de frequência à escola aumentou de 2002 a 2014, e a de analfabetismo diminuiu, indicando que a escolarização se ampliou neste período.<sup>9</sup>

O desenvolvimento da sociedade requer mecanismos econômicos e políticos que garantam o acesso a bens e serviços essenciais, como a educação. A garantia do acesso

à educação permite que jovens e adultos aproveitem e contribuam significativamente na cultura, na tecnologia e nas produções científicas desenvolvidas para a sociedade.<sup>10</sup> No entanto, o que se observa no presente estudo é que um terço dos jovens não estavam na escola, e um dos motivos pode ser a necessidade de trabalhar para contribuir nas despesas da casa.

Em aproximadamente um quarto dos domicílios pesquisados, houve prevalência de pessoas que portavam duas ou mais doenças crônicas. Estudo realizado com mulheres aponta as doenças crônicas e a idade como fatores que interferem na sua qualidade de vida, sendo motivo para procura de consulta nos serviços de saúde.<sup>11</sup> As demandas crônicas podem estar associadas com características do ambiente físico e social, e, por consequência, com maior índice de vulnerabilidade social, independentemente das características individuais. Pesquisas brasileiras identificaram maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* entre as famílias de maior vulnerabilidade.

Em domicílios com maior número de residentes, aumenta a probabilidade de um adulto apresentar hipertensão ou diabetes.<sup>4-5</sup> O adoecimento pode estar relacionado a diferentes fatores envolvidos na vida dessa população, entre esses citam-se a idade, cultura, hábitos alimentares, dificuldade de obter alimentos saudáveis, de compreensão sobre a própria doença, e de seguir as orientações recebidas pelos profissionais de saúde.

Em domicílios com maior número de residentes, aumenta a probabilidade de um adulto apresentar hipertensão ou diabetes.<sup>4-5</sup> O adoecimento pode estar relacionado a diferentes fatores envolvidos na vida dessa população, entre esses citam-se a idade, cultura, hábitos alimentares, dificuldade de obter alimentos saudáveis, de compreensão sobre a própria doença, e de seguir as orientações recebidas pelos profissionais de saúde.

A doenças cardiovasculares são doenças crônicas mais prevalentes nas populações e a hipertensão é uma das maiores causas de morte. Sobre isto, uma investigação mostra a necessidade de considerar cuidadosamente a prevenção da hipertensão entre adultos com 40 anos ou mais, mulheres casadas, separadas, divorciadas ou viúvas e homens que nunca se casaram.<sup>12</sup>

O desemprego é um indicador de vulnerabilidade (evidenciado em aproximadamente 22% dos domicílios do estudo) e interfere diretamente nas escolhas e

na autonomia dos indivíduos. O desemprego pode causar o sentimento de incapacidade e desorganização da própria identidade do indivíduo, gerando consequências à sua saúde mental e suas relações sociais, o que indica que o fator psíquico é o mais comprometido.<sup>13</sup> Diante disso, destaca-se a necessidade do enfrentamento do desemprego, por meio de ações coletivas e intersetoriais que reconheçam o trabalho como um direito do ser humano, com articulação entre as políticas públicas e serviços para, assim, proporcionar autonomia à população e diminuir a vulnerabilidade.<sup>14</sup>

Em metade das famílias que relataram possuir a renda *per capita* inferior a R\$ 178,00, o responsável possuía menos de 4 anos de escolaridade. O acesso ao ensino digno reflete na qualidade de vida das pessoas, e a renda é um elemento que define o *status* social e, também, tem influência direta na autonomia dos indivíduos. Pesquisa realizada com a população feminina reforça a necessidade de políticas que reduzam a vulnerabilidade social, e a ampliação do acesso à escolaridade e renda.<sup>11</sup> A escolaridade repercute na melhoria das condições socioeconômicas, pois a formação e capacitação profissional proporcionam o aumento da renda. A garantia de uma educação de qualidade pode servir como veículo mediador para o desenvolvimento humano.<sup>15</sup>

É evidenciado nesta pesquisa que um terço dos domicílios possuía pessoas divorciadas/separadas ou viúvas. Quem vive sozinho pode ter maior fragilidade por ausência de vínculos familiares, o que também pode comprometer a saúde. Os viúvos, por exemplo, quando são idosos, e não têm uma rede de apoio, apresentam maior comprometimento funcional.<sup>16</sup>

Nesta investigação a renda era maior em domicílios com uma pessoa com mais de 60 anos morando sozinha. Em Mar del Plata, Argentina, foi realizada uma pesquisa<sup>17</sup> com a população idosa, em que se avaliaram características sociodemográficas; entre elas, foi observado o alto percentual de viúvos morando sozinhos.<sup>17-18</sup> A aposentadoria, pensões e benefícios governamentais são as principais fontes de renda de pessoas idosas.<sup>19</sup>

Os domicílios com menor renda apresentaram maiores percentuais de pessoas entre 4 e 15 anos de idade que não estudavam. Em um trabalho que analisa as características de jovens e adultos que não frequentavam a escola e não possuíam o ensino fundamental ou a educação básica completa, foi observado que existia

desigualdade significativa em relação à escolaridade em jovens de menor renda, residentes no campo, negros, e sem ocupação, que são características associadas à vulnerabilidade social.<sup>10</sup> Há evidências de que, em muitas famílias, o incentivo dos responsáveis para que as crianças estudem e frequentem a escola está associado ao ganho de benefícios dos programas governamentais, já que é uma condição para que se seja incluído ao programa.<sup>15</sup>

Neste estudo, também foi observada a prevalência de domicílios em que o responsável trabalhava informalmente ou de modo temporário. A condição de trabalho do indivíduo pode causar diversos danos à saúde e ao seu psicológico, o trabalho digno é um direito da população.<sup>6</sup> Pesquisa ressalta que os trabalhadores informais são mais vulneráveis, pois correm maiores riscos, como de acidentes de trabalho, e, muitas vezes, não estão cientes de seus direitos e não possuem treinamento nem acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs).<sup>19</sup>

Foi observada significância estatística nos domicílios com pessoas de 10 a 15 anos de idade que trabalhavam, e que pertenciam a famílias com renda *per capita* menor que R\$178,00. O Programa Jovem Aprendiz (PJA) é uma política de inclusão social destinada a jovens de baixa renda, ou seja, jovens em situação de vulnerabilidade social. Este programa possui o objetivo de combater o trabalho infantil, e assegurar o direito de trabalho com melhores condições, considerando as especificidades e a condição juvenil.<sup>20</sup>

O PJA contribui de modo positivo na vida de jovens adolescentes, desenvolvendo-os profissionalmente, com geração de empregabilidade, e permitindo que absorvam conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais voltados à produção de bens e serviços.<sup>21</sup> No entanto, nem sempre os jovens têm acesso ao programa, o que pode ter ocorrido nesta investigação, assim como os objetivos do programa não são alcançados de forma a promover o desenvolvimento dos jovens.

Estudo no sul da Coreia mostra que a situação econômica e o tipo de escola têm efeito indireto no bem-estar de adolescentes, e os fatores que afetam significativamente o bem-estar dos adolescentes são apoio social, senso de comunidade, situação econômica e tipo de escola. Ao se fortalecer estratégias de educação, pode-se incentivar que esses adolescentes se tornem adultos saudáveis, que possam contribuir para mudanças em suas

vidas e em suas comunidades, desenvolvendo-as nos aspectos culturais, sociais, geração de emprego, o que concorre para mitigar as vulnerabilidades sociais.<sup>22</sup>

Como limitações da pesquisa, salienta-se que os resultados não podem ser generalizados, devido às características da população envolvida, e é uma amostra não probabilística, visto que, em meio à coleta de dados, se iniciou a pandemia de COVID-19, o que impossibilitou a continuação de mesma. Contudo, fornece dados que subsidiem ações de prevenção e promoção intersetoriais, para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

Espera-se ter contribuído para reforçar a necessidade do olhar ampliado em saúde, a partir dos indicadores de vulnerabilidades sociais, para a enfermagem e as equipes de saúde da família. E, também, oferecido aos gestores conhecimento sobre as vulnerabilidades dos territórios, auxiliando-os na proposição de estratégias que possam desenvolver as suas populações.

## Conclusão

O estudo em tela analisou os indicadores de vulnerabilidades sociais de acordo com as dimensões de desenvolvimento e autonomia, de convívio familiar, comunitário e social e de renda. Na dimensão desenvolvimento e autonomia, houve maior prevalência de domicílios com pessoas de mais de 16 anos de idade e menos de 4 anos de estudo, pessoas que portavam duas ou mais doenças crônicas e domicílios em que o responsável estava desempregado. Na dimensão convívio familiar, comunitário e social e renda, predominou domicílios com pessoas divorciadas/separadas ou viúvas, e famílias que possuíam renda per capita inferior a R\$ 178,00. Nestas, o responsável tinha menos de 4 anos de escolaridade.

Também houve a proposta de comparar o indicador renda per capita com as dimensões de desenvolvimento e autonomia, e convívio familiar, comunitário e social e renda. Na dimensão desenvolvimento e autonomia, famílias com renda per capita > R\$500,00 tinham pessoas com mais de 60 anos morando sozinhas, quando comparadas a famílias com renda menor. Os domicílios com menor renda apresentaram maiores percentuais de pessoas entre 4 e 15 anos

de idade que não estudavam, e cujo responsável trabalhava informalmente ou de modo temporário. E, comparado com a dimensão convívio familiar, comunitário e social e renda, os domicílios com pessoas de 10 a 15 anos de idade que trabalhavam (jovem aprendiz) pertenciam a famílias com renda per capita menor que R\$178,00.

O instrumento adaptado utilizado pode ser replicado em outras pesquisas, pois os indicadores de vulnerabilidade, ao serem identificados e analisados, mostram prevalências de vulnerabilidade social das famílias. A implementação de políticas públicas como Fome Zero, de reforma escolar, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Atenção Primária à Saúde e ESF contribuem para reduzir as vulnerabilidades sociais.

## Referências

1. Martins RA, Oishi J, Manzato AJ, Ferrari F, Baida LC, Leme ET. O Sistema de Indicadores de Vulnerabilidade Familiar - SIVF do município de São José do Rio Preto, SP. *Rev Bras Estud Reg Urbanos* [Internet]. 2015 [acesso em 2021 ago 06];3(2). Disponível em: <https://revistaaber.org.br/rberu/article/view/34>
2. Guerra FC, Zucherato B, Gonçalves RD. Indicadores sociais a partir da cartografia de vulnerabilidade: exemplos de Bragança Paulista e Campos do Jordão (São Paulo - Brasil). *InterEspaço*. 2020;5(19):202015. doi: 10.18764/2446-6549.e202015
3. Nonato LOF, Peres AM, Khalaf DK, Souza MAR, Figueiredo KC, Lapierre J. Primary Healthcare management strategies in socially vulnerable territories exposed to violence. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03608. doi: 10.1590/S1980-220X2018054903608
4. Gomes CS, Bernal RTI, Moreira AD, Teixeira RA, Cardoso LSM, Ribeiro ALP, et al. Estimates of hypertension and diabetes mellitus prevalence according to Health Vulnerability Index in Belo Horizonte, MG, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(Suppl 1):e210015. doi: 10.1590/1980-549720210015.supl.1
5. Calistro MO, Teixeira Y, Lacerda IRAS, Sousa SM, Agostinho Neto JA, Duavy SMP, et al. Territorialization using georeferencing and stratification of the social vulnerability of families in Primary Care. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(6):2141-8. doi: 10.1590/1413-81232021266.39402020
6. Lisbôa LC, Girianelli VR, Vasconcellos LCF. Características e demandas da população em situação de vulnerabilidade social acompanhadas em Belford Roxo (RJ). *Saúde Debate*. 2020;438-50. doi: 10.1590/0103-1104202012512
7. Haggerty J, Chin MH, Katz A, Young K, Foley J, Groulx A, et al. Proactive strategies to address health equity and disparities: recommendations from a bi-national symposium. *J Am Board Fam Med*. 2018 May-Jun;31(3):479-83. doi: 10.3122/jabfm.2018.03.170299

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Palmeira das Missões - Panorama [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2017 [acesso em 2022 out 03]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/palmeira-das-missoes/panorama>
9. Castro JA. Bem-estar social brasileiro no século XXI: da inclusão ao retorno da exclusão social. *Educ Soc* 2019;40:e0222141. doi: 10.1590/ES0101-73302019222141
10. Santos R. Jovens e adultos com baixa escolaridade, oferta de EJA e desigualdades nas chances de conclusão do ensino fundamental e do médio. *Cad Estud Pesq Políticas Educ.* 2019;143-74. doi: 10.24109/9788578630669.ceppe.v1a5
11. Cazella LG, Almeida LY, Oliveira JL, Zanetti ACG, Souza J. Qualidade de vida de mulheres e as características sociodemográficas associadas. *Enferm Foco.* 2019 [acesso em 2020 out 03];34-9. doi: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2448
12. Segawa HK, Uematsu H, Dorji N, Wangdi U, Dorjee C, Yangchen P, et al. Gender with marital status, cultural differences, and vulnerability to hypertension: findings from the national survey for noncommunicable disease risk factors and mental health using WHO STEPS in Bhutan. *PLoS One.* 2021;16(8):e0256811. doi: 10.1371/journal.pone.0256811
13. Schmidt MLG, Januário CARM, Rotoli LUM. Sofrimento psíquico e social na situação de desemprego. *Cad Psicol Soc Trab* [Internet]. 2018 [acesso em 2022 out 03];21(1):73-85. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/151066>
14. Pinho RJ, Pereira APFB, Lussi IAO. Homeless, the world of work and the specialized reference centers for population in street situation (centro pop): perspectives on actions for productive inclusion. *Cad Bras Ter Ocup.* 2019;27(3):480-95. doi:10.4322/2526-8910.ctoAO1842
15. Ribeiro KG, Andrade LOM, Aguiar JB, Moreira AEMM, Frota AC. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. *Interface.* 2018;22(1):1387-98. doi: 10.1590/1807-57622017.0419
16. Noronha K, Andrade LMB, Camargos MCS, Machado CJ. Limitação funcional e cuidado dos idosos não institucionalizados no Brasil. *Cad Saúde Colet.* 2021;29(N Esp):59-72. doi: 10.1590/1414-462X202199010315
17. Xifra MJ. Perfil sociodemográfico y apoyo social percibido de personas mayores en condiciones de vulnerabilidade. *Rev Ocup Hum.* 2021;10-24. doi: 10.25214/25907816.996
18. Confortin SC, Schneider IJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP, et al. Life and health conditions among elderly: results of the EpiFloripa Idoso cohort study. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;305-17. doi: 10.5123/S1679-49742017000200008
19. Souza JO, Almeida MMC. Work accidents with exposure to biological material in physiotherapists according to formal and informal employment bonds. *Rev Pesq Fisioter.* 2020;10(4):683-91. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i4.3272
20. Belmiro CB, Lucena CA. A relação entre juventude, trabalho e educação profissional no século XXI: uma análise sobre o Programa Jovem Aprendiz sob a perspectiva de classe social. *Rev HISTEDBR On-line.* 2020;20:e020046. doi: 10.20396/rho.v20i0.8653401
21. Villar MCO, Mourão L. Evaluation of the Young Apprentice Program through a quasi-experimental study. *Trends Psychol;*26(4):1999-2014. doi: 10.9788/TP2018.4-11Pt
22. Shin J, Lee H, Choi EK, Nam C, Chae SM, Park O. Social determinants of health and well-being of adolescents in multicultural families in South Korea: social-cultural and community influence. *Front Public Health.* 2021 Mar 24;9:641140. doi: 10.3389/fpubh.2021.641140.

**Fomento / Agradecimento:** Não possui.

### **Contribuições de autoria**

#### **1 – Carolina Dambrós dos Reis**

Autor Correspondente

Enfermagem - carolina160999@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, Revisão e aprovação final.

#### **2 – Ethel Bastos da Silva**

Enfermagem, Doutorado em Ciências - ethelbastos@hotmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, Revisão e aprovação da versão final.

#### **3 – Vanessa Ramos Kirten**

Nutrição, Doutorado em Saúde - kirsten.vr@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, Revisão e aprovação da versão final.

#### **4 – Alessandra Florencio**

Enfermagem, Pós-graduação - alessandra\_florencio@yahoo.com.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito, Revisão e aprovação da versão final.

#### **5 – Alitéia Santiago Dilélio**

Enfermagem, Doutora em Epidemiologia - aliteia@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

**Editora Científica:** Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

**Editora Associada:** Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

### **Como citar este artigo**

Reis CD, Silva EB, Kirsten VR, Florêncio A, Dilélio AS. Indicators of social vulnerabilities of families living in territories included in the Family Health Strategy. Rev. Enferm. UFSM. 2023 [Access at: Year Month Day]; vol.13, e27:1-17. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769272165>