

## Evaluación de la vulnerabilidad de familias asistidas en la Atención Básica

Tharsila Martins Rios da Silva<sup>1</sup>  
Márcia Regina Martins Alvarenga<sup>2</sup>  
Maria Amélia de Campos Oliveira<sup>3</sup>

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

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

<sup>1</sup> Enfermera, MSc, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

---

Correspondencia:

Maria Amélia de Campos Oliveira  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: tharsilarios@gmail.com

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

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

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

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

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

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

## **Introducción**

La vigilancia en salud es una de las importantes tareas de la Atención Básica. Presupone el monitoreo de las condiciones de vida y salud de las familias de un determinado territorio, especialmente aquéllas en situación de vulnerabilidad. Su finalidad es identificar las necesidades de salud de esas familias, objetivando a la intervención<sup>(1-2)</sup>.

Mientras, acciones de vigilancia muchas veces son descuidadas por equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), sea porque tales equipos no cuentan con instrumentos y recursos necesarios para identificar familias en situación de mayor vulnerabilidad, sea por falta de

entendimiento del concepto ampliado de vulnerabilidad, que dice respeto al conjunto de aspectos que van además del plan individual, pues relaciona planes colectivos y contextuales, resultando en susceptibilidad al proceso de enfermamiento y que exigen acciones que son respuestas sociales<sup>(3)</sup>. Los avances teóricos y metodológico en el área de la salud, en especial en la salud colectiva ni siempre son inmediatamente incorporados a las prácticas de salud, qué muchas veces resulta en lagunas, exigiendo transformaciones e innovaciones en el área de la salud<sup>(4)</sup>.

La relevancia de los estudios relacionados a la vulnerabilidad, principalmente para el área de la

enfermería, reside en el hecho de que la incorporación del concepto permite mejor comprensión de los determinantes de los procesos de salud y enfermedad<sup>(5)</sup>.

Por otro lado, hay necesidad de ampliar el concepto de vulnerabilidad para las cuestiones sociales y para la esencia de su producción sin, mientras, restringir su abordaje a los aspectos individuales, una vez que el alcance del concepto de vulnerabilidad está relacionado a la integralidad en las acciones de los servicios de salud y a la ampliación de la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad<sup>(5)</sup>.

Si, por un lado, la concepción ampliada de la vulnerabilidad como un fenómeno complejo, caracterizado por cuestiones psicológicas, culturales, económicas, políticas, socialmente determinadas, aporta para una mejor comprensión de los procesos de salud y enfermedad, por otro, requiere la utilización de instrumentos de trabajo y actividades que orienten la asistencia para las necesidades de salud de la colectividad y del trabajo en salud<sup>(4)</sup>.

Este estudio pretende aportar para la identificación de familias más vulnerables en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia. Tiene como objetivos caracterizar el perfil de familias del área de abarcamiento de una Unidad de Salud de la Familia e identificar aquéllas en situación de vulnerabilidad.

Su justificativa ocurre de la necesidad de aportar para la reorientación de las acciones en salud, aun fuertemente marcadas por el enfoque individual, por medio de recursos y estrategias de trabajo capaces de identificar e intervenir en situaciones de vulnerabilidad que afectan las familias, además subvencionar la ponderación crítica de los profesionales de salud.

### El concepto de vulnerabilidad

El término vulnerabilidad surgió en el área de los Derechos Humanos para designar "grupos o individuos fragilizados, jurídica o políticamente, en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía"<sup>(6)</sup>. Fue ampliamente discutido por investigadores y profesionales del área de la salud desde la epidemia del SIDA. En la época, los estudios epidemiológicos relacionaban las chances de algunas personas o de un determinado grupo de la población (los expuestos) pasar a pertenecer al grupo con agravios (los afectados), desde una relación probabilística y matemática en la que un determinado fenómeno, asociado a otras variables, determinaba la asociación entre eventos patológicos o no<sup>(7)</sup>.

Diversas críticas fueron hechas por diferentes movimientos sociales a ese proceso de inferencia causal relacionado a la epidemiología del riesgo, pues provocaba el preconcepto y la discriminación para con determinados

grupos de la sociedad, relacionados principalmente a la orientación sexual, además de culpabilizar los individuos por el enfermamiento<sup>(7)</sup>. Así, hubo la necesidad de recapacitar la relación entre el riesgo y el SIDA y avanzar en las discusiones sobre vulnerabilidad que pasó a ser utilizada para ampliar la comprensión sobre el SIDA<sup>(5)</sup>. En el óptico de la vulnerabilidad, la epidemia pasó a ser interpretada como resultado de la interacción de las dimensiones individual, programática y social.

El concepto de vulnerabilidad está relacionado al conjunto de aspectos individuales, colectivos, sociales y de disponibilidad de recursos que pueden resultar en susceptibilidades al enfermamiento, o a agravios de salud<sup>(3)</sup>. Ésos, por su vez, no están relacionadas al aspecto meramente individual, pero también a los aspectos colectivos y contextuales que envuelven cuestiones sociales, políticas, culturales y económicas<sup>(3-7)</sup>.

Al aproximar aspectos individuales y colectivos, la vulnerabilidad exige integrar tres ejes, que dicen respeto a las relaciones entre las situaciones sociales, programáticas y sus interferencias en las condiciones de vida y salud de los individuos. Esos ejes pueden ser definidos como vulnerabilidad individual, social y programática<sup>(7)</sup>.

La vulnerabilidad individual es comprendida como el grado y la calidad de las informaciones del que disponen las personas, la capacidad que tienen de elaborar esas informaciones e incorporarlas al cotidiano y el interés de aplicarlas en la práctica. La vulnerabilidad social está relacionada a la obtención de información, al contenido y al significado de esa información, así como la capacidad de colocarla en práctica. Se relaciona con aspectos materiales, culturales, políticos y morales que dicen respeto a la vida en sociedad. Ya la vulnerabilidad programática es entendida cómo el análisis de la capacidad de respuesta de programas e instituciones a las condiciones socialmente dadas de vulnerabilidad<sup>(7)</sup>.

La concepción de vulnerabilidad utilizada en este estudio es a que conecta los aspectos individual, social y programático, considerando las prácticas de salud como social e históricamente determinadas, teniendo como eje orientador la determinación social de los procesos de enfermamiento.

Así, considerando que la vulnerabilidad está comprendida en los planes individual, social y programático, remete a la necesidad de movilizar otras estructuras que no están restringidas a la dimensión singular de los servicios de salud, o sea, exige acciones de intersectorialidad. Algunos autores destacan la importancia de movilizar sectores de la educación, trabajo, bienestar social, jurídico y cultural como respuestas que objetivan a la reducción de la vulnerabilidad<sup>(7)</sup>.

## Material y Método

Se trata de un estudio epidemiológico observacional, transversal y de abordaje cuantitativo. Fue realizado en el área de abarcamiento de la Unidad ESF Puesto Urbano 1, compuesta por los equipos Bosque 1 y Villa Nueva 2, de la ciudad satélite de São Sebastião Distrito Federal. El Distrito Federal se localiza en la región centro-oeste de Brasil y tiene como capital la ciudad de Brasília, localizada a aproximadamente 26 km de la ciudad de São Sebastião, local de este estudio.

Se adoptó el concepto de familia del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) en que la familia es definida como "un conjunto de personas relacionadas por lazos de parentesco, dependencia doméstica o normas de convivencia, que reside en la misma unidad domiciliar y, también, la persona que vive solo en una unidad domiciliar"<sup>(8)</sup>. Fue adoptada en este estudio pues permite evaluar las situaciones de vulnerabilidad de las familias que conviven en la misma residencia, lo que facilitó la recogida de datos. Este concepto se relaciona al adoptado por la ESF, que considera el domicilio como un espacio social e histórico donde son construidas las relaciones familiares<sup>(9)</sup>.

La población del estudio fue constituida por 1.849 familias registradas en las áreas de abarcamiento de los dos equipos de la ESF Puesto Urbano 1, que se delegan de cinco micro-áreas cada una. Esas informaciones fueron retiradas del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) de la Unidad Básica de Salud en cuestión.

Para la recogida de datos fue definida una muestra de 320 familias por medio del método de muestreo aleatorio simple, que utiliza estimativas de la proporción de la población y es usado cuando hay un catastro disponible, o sea, la población es finita<sup>(10)</sup>. Se llevó en consideración un error de la muestra del 5%, que permite definir intervalos de confianza del 95%<sup>(10)</sup>. La utilización de una muestra implica aceptar que existe un margen de error, una vez que la muestra no representa perfectamente las características de la población estudiada<sup>(10)</sup>.

Para la recogida de datos, fue realizado un sorteo aleatorio de las familias registradas en el Sistema de Monitoreo de la Atención Básica (SIAB) y que componían la muestra definida. El SIAB está presente en todos los equipos de ESF en la ciudad de São Sebastião-DF y todos los profesionales del equipo tienen acceso al sistema para alimentar las informaciones, así como para utilizarlas para posibles intervenciones en las prácticas de salud. Para facilitar la recogida de datos, las familias sorteadas fueron separadas en sus respectivas micro-áreas.

La recogida de datos ocurrió en el período de octubre de 2010 a febrero de 2011, por medio de entrevistas

realizadas por una de las investigadoras, en los domicilios de las familias, con la colaboración de agentes comunitarios de salud (ACS) y auxiliares de enfermería de la unidad de salud. Esos profesionales acompañaban a la investigadora a fin de facilitar su presentación a las familias, pues conocían a las familias registradas.

El criterio de inclusión constó de familias registradas en los equipos de la ESF en el que, el entrevistado tuviese edad mayor o igual a 18 años en el momento de la visita. El criterio de exclusión fue familias no encontradas en el primer momento de la visita e integrantes de las familias que si recusasen a participar de la entrevista.

Objetivando atender las exigencias de la Resolución número 196 del Consejo Nacional de Salud, el presente estudio fue encaminado al Comité de Ética de la Secretaría de Salud de Distrito Federal. Después de la aprobación del comité, bajo el protocolo de número 313/10, fue pedida a cada participante la autorización libre y aclarada para contestar un cuestionario estructurado que llevaba en consideración los diferentes cursillos de desarrollo de las familias, así como condiciones que impactan en el proceso de salud-enfermedad familiar. Esas informaciones fueron importantes para la relación con la vulnerabilidad, pues la presencia de niños, adolescentes y de edad acarrearía en necesidad de mayor atención a la familia, pudiendo influenciar en la vulnerabilidad familiar. El mismo ocurría con relación a las condiciones de vida de la familia, como por ejemplo la presencia en el domicilio de agua tratada, colecta de basura y energía eléctrica.

La entrevista ocurrió en el domicilio de la familia sorteada, habiendo sido entrevistado un integrante de la familia que rellenaba los criterios de inclusión. Fue realizada por una de las investigadoras y las informaciones colectadas fueron registradas en papel en el momento de la entrevista.

Para identificar familias en situación de vulnerabilidad, se utilizó el Índice de Desarrollo de la Familia (IDF)<sup>(11)</sup>. El IDF es un indicador sintético calculable para cada familia y que puede ser aplicado a cualquier grupo demográfico, como familias dirigidas por mujeres, negros o mayores.

La concepción de vulnerabilidad adoptada en este estudio se mostró más próxima a la propuesta del IDF, una vez que busca relacionar los aspectos singulares de las familias, saliendo del plan individual, con los aspectos colectivos y contextuales en los cuales las familias estaban insertas.

El instrumento fue construido desde informaciones del cuestionario básico de la Pesquisa Nacional por Muestra de Domicilio (PNAD). Su composición original es constituida por seis dimensiones, 26 componentes y 48 indicadores. Las seis dimensiones logradas desde el

cuestionario básico de la PNAD y que están relacionadas a las condiciones de vida de las familias son: *ausencia de vulnerabilidad* (caracterizada por el volumen adicional de recursos que la familia necesita para satisfacer sus necesidades básicas, como, por ejemplo, recursos necesarios para atender la demanda de gestantes, niños y de edad); *acceso al conocimiento*; *acceso al trabajo*; *disponibilidad de recursos*; *desarrollo infantil y condiciones habitacionales*<sup>(11)</sup>.

De acuerdo con la propuesta del IDF, ése permite añadir o retirar indicadores, así como atribuir pesos de acuerdo con las preferencias sociales, debiendo provenir del debate con la sociedad<sup>(11)</sup>. En ese sentido, objetivando ampliar las informaciones relativas a la situación de vulnerabilidad de las familias, fueron hechas algunas adaptaciones en el IDF propuesto, con base en discusiones en el grupo de investigación, que resultó en la necesidad de construir un nuevo instrumento. Hubo añadiduras y retirada de componentes e indicadores, pero las dimensiones fueron preservadas. Esas modificaciones fueron realizadas para una mayor aproximación con la concepción de vulnerabilidad adoptada en este estudio.

En el análisis de los datos fue utilizado el aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versión 17, en que fueron considerados los indicadores y componentes definidos después de las modificaciones y las dimensiones del IDF. Cada indicador correspondió a una pregunta del cuestionario IDF, contestada con "sí" o "no". Cada respuesta considerada como algo positivo para la familia recibió puntuación 1; respuestas negativas para el desarrollo de la familia no fueron puntuadas.

El indicador sintético fue construido desde preguntas disponibles en el Censo, en que se organizados considerando los ejes orientadores, o asuntos abordados, y sus respectivos componentes, que, por su vez, son organizados en dimensiones<sup>(11)</sup>.

El indicador sintético de cada componente resultó de la media aritmética de las variables utilizadas para representar los componentes de cada dimensión. Asimismo, el indicador sintético de cada dimensión fue la media aritmética de sus respectivos componentes. Así, el IDF total fue calculado desde la media aritmética de los indicadores sintéticos de las dimensiones que lo componen<sup>(12)</sup>.

Los puntos de corte propuestos por los autores del IDF para clasificar las familias en vulnerabilidad son: muy grave (IDF abajo de 0,50) vulnerabilidad grave (IDF entre 0,50 y 0,67) y situación aceptable (IDF arriba de 0,67)<sup>(11)</sup>.

La relación de la organización aritmética de los indicadores y de la clasificación de la vulnerabilidad de las familias se relaciona con el concepto de vulnerabilidad

adoptado en este estudio, pues es una manera de hacer operacional y condensar en un número las cuestiones de contexto a que las familias están insertas.

## Resultados

En los resultados serán presentados el perfil de las familias, objeto del estudio.

### Perfil sociodemográfico de las familias

Las familias entrevistadas presentaron, en media, cuatro integrantes, totalizando 1.252 miembros. Entre los miembros de las familias, se observó predominancia del sexo femenino (52,8%), edad media de 27 años, mediana de 25 años, variando de cero a 89 años, con desvío padrón de 18,2 años, que apunta para una no homogeneidad en la edad entre los miembros. El color declarado predominante en la familia fue parda (60,8%) y predominó la situación conyugal soltera (58,9%). Además, fue observado que había baja escolaridad entre los miembros de las familias, con predominio de la enseñanza fundamental incompleta (40,0%). La mayoría de los miembros de las familias son provenientes de la región centro-oeste (46,7%).

Para componer la renta familiar mensual, necesaria para la clasificación en extrema pobreza o pobreza, clasificaciones necesarias para la composición del IDF, una vez que corresponden cada una a un indicador, se investigó la renta mensual de cada integrante de la familia. Además de las actividades remuneradas, fueron incluidos auxilios del gobierno, transferencias de renta, pensión alimenticia, entre otras. La mayoría de los integrantes de las familias (48,6%) no tenía renta, ahí incluidos los niños y los mayores que no recibían beneficios sociales.

Fueron identificadas 27 (8,4%) familias abajo de la línea de la extrema pobreza (renta familiar *per cápita* abajo de  $\frac{1}{4}$  de SM), 71 (22,2%) abajo de la línea de la pobreza (renta familiar *per cápita* abajo de  $\frac{1}{2}$  SM) y las 222 (69,4%) restantes, arriba de la línea de la pobreza (renta familiar *per cápita* arriba de  $\frac{1}{2}$  SM).

Los resultados apuntaron que en las familias predominaron jefes del sexo masculino (174 ó 54,4%), de los cuales 158 (90,8%) eran casados o vivían como marido y mujer con el cónyuge en unión estable. Vale destacar que ésos no necesariamente eran los entrevistados, pero que el entrevistado indicaba quien era el jefe de la familia.

### Índice de Desarrollo de la Familia

El IDF fue aplicado a cada familia entrevistada. Considerando los puntos de corte propuestos, entre las 320 familias entrevistadas, cinco (1,6%) se encontraban en situación de vulnerabilidad muy grave; 47 (14,7%) en

situación grave y las 268 (83,7%) restantes, en situación aceptable<sup>(11)</sup>.

El IDF general de las familias resulta de la media aritmética de los indicadores sintéticos de cada dimensión y revela el grado de vulnerabilidad del grupo familiar. En este estudio, el IDF general fue 0,77, o sea, situación aceptable, siendo que el menor índice fue de 0,39, el máximo de 0,99 y mediana de 0,78 (dp=0,11). La medida es un dato importante una vez que representa una homogeneidad en las medias, considerada por la clasificación establecida como aceptable. Ya el desvío-padrón, que se mostró

bajo, indica que no hay discrepancia de valores entre las medias, o sea, las familias se presentan de forma análoga en el IDF.

También fueron calculados los indicadores sintéticos de cada dimensión, que son la media aritmética de sus respectivos componentes, para que fuese posible lograr una visión macro de la realidad de las familias. Se trata de una visión general, desde las dimensiones propuestas por el IDF<sup>(11)</sup>, sobre la realidad de las familias entrevistadas. La tabla a continuación presenta los indicadores sintéticos de cada dimensión.

Tabla 1 - Estadística descriptiva de las dimensiones del Índice de Desarrollo de la Familia. Área de abarcamiento del Puesto Urbano 1, São Sebastião, Brasília, DF, Brasil, 2011

| Dimensiones                | Índice | Mínimo | Máximo | Mediana | Desvío-padrón |
|----------------------------|--------|--------|--------|---------|---------------|
| Ausencia de vulnerabilidad | 0,78   | 0,44   | 1,00   | 0,78    | 0,12          |
| Acceso al conocimiento     | 0,60   | 0,00   | 1,00   | 0,75    | 0,20          |
| Acceso al trabajo          | 0,64   | 0,00   | 1,00   | 0,67    | 0,22          |
| Disponibilidad de recursos | 0,79   | 0,00   | 1,00   | 1,00    | 0,30          |
| Desarrollo infantil        | 0,94   | 0,67   | 1,00   | 1,00    | 0,08          |
| Condiciones habitacionales | 0,86   | 0,38   | 1,0    | 0,88    | 0,13          |

Ninguna de las seis dimensiones propuestas por el IDF alcanzó un grado de vulnerabilidad muy grave, sin embargo dos se destacaron como situación grave, pues lograron el índice menor que 0,67: *acceso al conocimiento* y *acceso al trabajo*, con índices de 0,60 y 0,64 respectivamente.

La dimensión que presentó el índice más elevado fue la del *desarrollo infantil*. Es posible observar que el desvío-padrón también fue bajo, lo que evidencia homogeneidad entre las familias en este aspecto.

Mismo con el IDF general indicando un grado de vulnerabilidad aceptable, cinco familias presentaron situación de vulnerabilidad muy grave en tres de las seis

dimensiones: *acceso al conocimiento*, *acceso al trabajo* y *disponibilidad de recursos*, y vulnerabilidad grave en la dimensión *ausencia de vulnerabilidad*. Otras 47 familias presentaron vulnerabilidad muy grave en tres dimensiones *acceso al conocimiento*, *acceso al trabajo* y *disponibilidad de recursos*. Ya las 268 familias clasificadas en situación de vulnerabilidad aceptable presentaron vulnerabilidad grave en la dimensión *acceso al conocimiento*.

En las dimensiones *desarrollo infantil* y *condiciones habitacionales*, la vulnerabilidad fue aceptable para las 320 familias. En la Tabla 2 es posible visualizar la síntesis de esas informaciones.

Tabla 2 - Indicador sintético de las familias en las dimensiones del IDF de acuerdo con el grado de vulnerabilidad. Área de abarcamiento del Puesto Urbano 1, São Sebastião, Brasília, DF, Brasil, 2011

| Dimensiones                | Familias                       |                              |                                   |
|----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
|                            | Vulnerabilidad muy grave (n=5) | Vulnerabilidad grave (n= 47) | Vulnerabilidad aceptable (n= 268) |
| Ausencia de vulnerabilidad | 0,61                           | 0,71                         | 0,79                              |
| Acceso al conocimiento     | 0,33                           | 0,43                         | 0,64                              |
| Acceso al trabajo          | 0,17                           | 0,39                         | 0,70                              |
| Disponibilidad de recursos | 0,00                           | 0,37                         | 0,88                              |
| Desarrollo infantil        | 0,86                           | 0,91                         | 0,95                              |
| Condiciones habitacionales | 0,76                           | 0,79                         | 0,87                              |

### Caracterización de las familias en situación de vulnerabilidad muy grave

Fueron identificadas cinco familias en situación de vulnerabilidad muy grave, con un total de 20 personas. Los integrantes de las familias eran predominantemente

jóvenes, con media de 29 años (desvío-padrón=22,8 años) y mediana de 17 años. También hubo predominancia del sexo femenino (60,0%), del color pardo (75,0%) y situación conyugal de soltero (75,0%).

La mayoría había nacido en el centro-oeste (45,0%) y tenía baja escolaridad, 60,0% con enseñanza fundamental



incompleto y ningún integrante presentaba la enseñanza media completa. Trece personas (65%) no tenían renta, ahí incluidas los niños. Las siete restantes (35%) recibían menos de un salario mínimo, caracterizando la situación de extrema pobreza de esas familias.

Las familias en situación de vulnerabilidad muy grave presentaron un índice también muy grave, o sea, menor que 0,50, en las dimensiones *disponibilidad de recursos*, *acceso al trabajo* y *acceso al conocimiento*, con índices de (0,0), (0,17) y (0,33), respectivamente. Además, presentaron vulnerabilidad grave en la dimensión *ausencia de vulnerabilidad*, con índice de 0,61, pues el índice se situó entre 0,50 y 0,67. Ya las dimensiones que presentaron situaciones aceptables fueron *desarrollo infantil* y *condiciones habitacionales*, con índices de 0,86 y 0,76, respectivamente.

### Caracterización de las familias en situación de vulnerabilidad grave

Fueron identificadas 47 familias en situación de vulnerabilidad grave, con el total de 217 personas. En esas familias también hubo predominancia del sexo femenino (54,4%) y de jóvenes. La edad varió de cuatro meses a 80 años, con la media de 24 años (desvío-padrón = 18,4 años) y mediana de 17 años.

La situación conyugal predominante fue soltera (71,0%). También fue identificada baja escolaridad con 48,8% de los integrantes con enseñanza fundamental incompleta, sin embargo había más individuos con enseñanza media concluida (5,5%) que en las familias en situación de vulnerabilidad muy grave, sin embargo no había al menos un integrante con graduación completa.

La mayoría de las personas había nacido en la región centro-oeste (55,8%), no disponía de renta (61,8%), o recibía entre uno dos salarios mínimos (13,8%). Apenas una (5,0%) recibía entre dos tres salarios mínimos.

Con relación a las dimensiones del IDF, las familias clasificadas en vulnerabilidad grave presentaron situación de vulnerabilidad muy grave en las dimensiones *disponibilidad de recursos*, *acceso al trabajo* y *acceso al conocimiento*, con índices de (0,37), (0,39) y (0,43), respectivamente. Por otro lado, esas familias presentaron situación aceptable en las dimensiones *ausencia de vulnerabilidad*, *desarrollo infantil* y *condiciones habitacionales*, con índices de (0,71), (0,91) y (0,79), respectivamente.

### Discusión

De manera general, las familias entrevistadas presentaron una situación aceptable de vulnerabilidad,

teniendo como referencia los puntos de corte establecidos en este estudio para la clasificación de los grados de vulnerabilidad. Sin embargo, dos dimensiones del IDF se destacaron en aquéllas en situación de vulnerabilidad grave: el *acceso al conocimiento* y el *acceso al trabajo*.

La dimensión *acceso al conocimiento* está relacionada a la presencia de analfabetismo en la familia y el grado de instrucción de sus miembros. Ya la dimensión *acceso al trabajo*, considera que tener acceso a medios es tan importante como tener oportunidad de utilizarlos para satisfacer necesidades. Dice respecto a la oportunidad que las personas disponen para utilizar su capacidad productiva en la sociedad<sup>(11)</sup>.

Las dimensiones indicadas en situación de vulnerabilidad grave añaden informaciones relativas al analfabetismo y al nivel de escolaridad en la familia, así como la disponibilidad, la calidad de los puestos de trabajo y la remuneración correspondiente<sup>(11)</sup>. Llamaron la atención de las autoras de este estudio para la consolidación de políticas públicas vueltas para el acceso al conocimiento y al trabajo, condiciones también observadas en otros estudios<sup>(12)</sup>.

Con relación la dimensión *acceso al conocimiento*, el Censo 2010<sup>(13)</sup> apunta que hay una desigualdad entre los más ricos y los pobres en la tasa de escolarización líquida, cuando comparada por los quintos del rendimiento mensual *per cápita* familiar que dice respecto la renta total de la familia dividida por el número de los integrantes<sup>(13)</sup>. El *acceso al conocimiento*, es una dimensión del IDF que relaciona a baja escolaridad con la situación de vulnerabilidad de las familias entrevistadas.

Por ejemplo, de acuerdo con el Censo 2010, en el primer quintil (los 20 más pobres), 32% de los jóvenes entre 15 y 17 años estaban en la enseñanza media, mientras que en el último, (los 20 más ricos), esa proporción ascendía para 78% de los jóvenes, lo que refuerza la importancia de la renta familiar en el contexto educacional<sup>(13)</sup>.

Además de relacionar educación a renta, el Censo 2010<sup>(13)</sup> apuntó para un crecimiento en el acceso a la educación. De acuerdo con la Investigación nacional de Muestra por Domicilios - PNAD, entre 1999 y 2009 hubo un aumento del 23,3% para 38,1% en la tasa de escolarización de niños entre cero a cinco años de edad. Asimismo, prácticamente todos los niños de seis a 14 años de edad estaba frecuentando la escuela desde 1990, mientras que, también hubo un aumento en la progresión de niños que frecuentan la escuela: 14,8% para niños de cero a cinco años y 6,7% para niños de 15 a 17<sup>(13)</sup>.

Con el aumento observado en el acceso a la educación, era de esperarse que el IDF en la dimensión *acceso a*

*conocimiento* estuviese en una situación aceptable, pues se hay un aumento en el acceso a la escuela, se puede esperar mejorías en las condiciones de educación de los miembros de las familias. Sin embargo, esa situación no fue identificada tanto en el presente estudio, cuanto en otros estudios que abordaron el mismo asunto<sup>(11-12)</sup>. La referida dimensión presentó resultado indicativo de situación de vulnerabilidad grave, lo que indica la necesidad de mejoría de la calidad de la educación.

El estudio del Instituto de Investigación Económica Aplicada - IPEA muestra que la renta no altera directamente a la frecuencia escolar de las personas en la enseñanza fundamental, pero se relaciona a la permanencia, al desempeño y a la progresión escolar. Los más pobres presentan índices de evasión y reprobación mayores que los más ricos. De esta manera, esa condición refuerza que, además de garantizar el acceso, es necesario realizar fuertes inversiones en la calidad de la educación, ya que la educación trae oportunidades de erradicación de la pobreza y reducción de la iniquidades sociales y, por tanto, se relaciona al desarrollo del país<sup>(14)</sup>, una vez que la educación es una de las maneras de reducir las vulnerabilidades de las familias.

Con relación a la dimensión *acceso al trabajo*, la falta de rendimientos seguros y regulares favorece la situación de vulnerabilidad de las familias. La inserción precaria en el trabajo lleva a la exclusión de los beneficios sociales, en comparación con los trabajadores inseridos en el mercado formal de trabajo<sup>(15)</sup>. Estas condiciones se asocian a las situaciones de vulnerabilidad de las familias, pues rendimientos seguros y regulares garantiza a la familia medios de satisfacer sus necesidades y la relación con el trabajo es una manera en la que la persona puede utilizar su capacidad productiva<sup>(11)</sup>.

Las dimensiones que fueron bien evaluadas, o sea, que presentaron una vulnerabilidad aceptable, con IDF mayor que 0,67 fueron: *desarrollo infantil*, seguida de *condiciones habitacionales*, *disponibilidad de recursos* y *ausencia de vulnerabilidad*.

La dimensión del *desarrollo infantil*, por haber presentado el mejor desempeño, indica que los niños están insertos en el contexto escolar, no ejercen actividades remuneradas y que la mortalidad infantil es baja, situación también observada en otro estudio<sup>(12)</sup>. Esa dimensión puede haber presentado buen desempeño en razón del acceso a la enseñanza fundamental estar garantizada en leyes, lo que exige del Estado la garantía del acceso la escuela para los niños y adolescente, y de algunas familias recibir auxilios del gobierno que, en contrapartida, exige el mantenimiento de los niños en las escuelas y que no ejerzan actividades remuneradas<sup>(14)</sup>.

A pesar de la dimensión *condiciones habitacionales* haber presentado un buen desempeño en el IDF, el Censo 2010 constató que los servicios de saneamiento, como agua tratada en red general, agotamiento sanitario en red general y colecta de basura diaria (condiciones básicas para una vivienda digna) están presentes en un 62,6% de los domicilios urbanos brasileños, indicando que aun hay necesidad de oferta para el restante de la sociedad<sup>(13)</sup>.

La *disponibilidad de recursos* también fue una de las dimensiones que alcanzó un IDF aceptable. Eso significa que de manera general, las familias entrevistadas estaban arriba de la línea de la pobreza y que la mayor parte de sus recursos no avenía de transferencias del gobierno.

La dimensión *ausencia de vulnerabilidad*, relacionada a la presencia de niños, de edad y cónyuges, fue clasificada en situación aceptable en el IDF general de las familias. Sin embargo, la presencia de niños y la ausencia del cónyuge aportaron para que el índice no fuese más alto.

El análisis del IDF permitió observar que las dimensiones acceso al conocimiento y acceso al trabajo están correlacionadas. Si no hay buena remuneración o buenos rendimientos provenientes del trabajo, las oportunidades para acceso la educación son disminuidas. Asimismo, se hay baja escolaridad, la oportunidad para acceder a buenos puestos de trabajo también queda comprometida.

Además, fue posible observar la necesidad de atención y respuestas de intervención en las áreas relacionadas a la educación, trabajo y renta, principalmente para las familias en situación de vulnerabilidad grave y muy grave, lo que exige acciones de intersectorialidad y multidisciplinaridad para las respuestas en intervención.

## Consideraciones finales

El estudio permitió caracterizar las familias en situación de vulnerabilidad muy grave y grave que, por su vez, presentaron necesidades en las áreas de educación, trabajo y renta. Esas condiciones estaban asociadas a la situación de pobreza, desigualdades sociales y al ciclo entre escolaridad baja, poca o ninguna calificación para el trabajo y remuneración abajo de la línea de la pobreza, lo que refuerza la importancia de la protección social a esas familias.

Se destaca la importancia para la utilización del concepto ampliado de vulnerabilidad en los servicios de salud, que dice respeto al conjunto de aspectos relacionados a los planes colectivos y contextuales de las familias que necesitan respuestas sociales, pues se encuentran más susceptibles a los procesos de enfermamiento, a fin de se adquirir un mirar diferenciado para las necesidades de



esa familias y en favor de respuestas más efectivas a sus necesidades de salud.

Se espera que este estudio represente una contribución para la Enfermería, en especial en el área de la Salud Colectiva, una vez que presenta una estrategia para el reconocimiento de familias en situación de vulnerabilidad y sus necesidades, teniendo como propósito orientaciones para acciones que contesten de manera integral a las necesidades de esas familias.

## Referencias

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

Recibido: 21.9.2011

Aceptado: 14.9.2012

### Como citar este artículo:

Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Evaluación de la vulnerabilidad de familias asistidas en la Atención Básica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sep.-oct. 2012 [acceso: / / ];20(5):[09 pantallas]. Disponible en:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
día mes abreviado con punto año

URL