

Índice de vulnerabilidade a incapacidades e dependência (IVF-ID), segundo condições sociais e de saúde

Family vulnerability index to disability and dependence (FVI-DD), by social and health conditions

Fernanda Amendola¹

Márcia Regina Martins Alvarenga²

Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre³

Maria Amélia de Campos Oliveira⁴

Abstract *The Family Vulnerability Index to Disability and Dependence (FVI-DD) aims to summarize the dimensions of vulnerability to disability and dependence using family data monitored by Family Health Strategy (ESF) teams. This study aims to analyze the FVI-DD according to the social and health vulnerability, to validate and extract a cutoff point for each dimension. The FVI-DD was built with a sample of 248 families living in a region of São Paulo. The dimension related to health conditions was validated with good internal consistency, with respect to the Katz Index and the Lawton Scale, whereas the dimension related to social conditions was only validated in relation to Lawton Scale. Thus, a vulnerable family was defined as one with 15 or more points in the Total FVI-DD, and a vulnerable family in health conditions that with a score of 6 or more points in that dimension. Therefore, it is possible to classify families as not vulnerable, vulnerable in the social aspects, vulnerable in the health aspects and the more vulnerable family (social and health) using social indicators of empowerment and wear and health indicators related not only to the biological sphere, but also in the access to health services, health self-assessment and existing vulnerable groups.*

Key words *Index, Vulnerability, Family, Disability, Dependence*

Resumo *O Índice de Vulnerabilidade de Famílias a Incapacidade e Dependência (IVF-ID) tem a finalidade de sintetizar as dimensões de vulnerabilidade a incapacidade e dependência utilizando dados de famílias acompanhadas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo deste estudo é analisar o IVF-ID, segundo a vulnerabilidade social e de saúde, para validar e extrair um ponto de corte para cada dimensão. O IVF-ID foi construído com uma amostra de 248 famílias residentes em uma região de São Paulo. A dimensão relacionada às condições de saúde foi validado com boa consistência interna, em relação ao Índice de Katz e à Escala de Lawton, enquanto a dimensão relacionada às condições sociais validou apenas em relação à Escala de Lawton. Assim, definiu-se como família vulnerável aquela com 15 ou mais pontos no IVF-ID Total e como família vulnerável nas condições de saúde aquela com 6 ou mais pontos nessa dimensão. Com isso, é possível classificar as famílias como não vulnerável, vulnerável nos aspectos sociais, vulnerável nos aspectos de saúde e família mais vulnerável, utilizando indicadores sociais, de fortalecimento e desgaste, e indicadores de saúde relacionados não apenas na esfera biológica, mas também no acesso a serviços de saúde, autoavaliação de saúde e presença de grupos vulneráveis.*

Palavras-chave *Índice, Vulnerabilidade, Família, Incapacidade, Dependência*

¹ Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Guarulhos. Praça Tereza Cristina, Centro. 07023-070 Guarulhos SP Brasil. famendola@usp.br

² Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. Campo Grande MS Brasil.

³ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). São Paulo SP Brasil.

⁴ Escola de Enfermagem, USP. São Paulo SP Brasil.

Introdução

Os atuais indicadores sociais e de saúde trazem uma realidade preocupante no que se refere à prestação de assistência e cuidado às pessoas com alguma incapacidade ou dependência.

Segundo dados do Ministério da Saúde¹, 72% dos óbitos registrados no Brasil em 2007 foram devidos a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)². Estimativas do IBGE indicam que em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais e cerca de 85% apresentará pelo menos uma doença crônica³.

O envelhecimento populacional também já é uma realidade no país: o grupo de 0 a 4 anos caiu em torno de 1,2% em 10 anos, enquanto o grupo com mais de 65 anos avançou 1,5%⁴. O envelhecimento populacional ocorre não somente pelo aumento da longevidade da população, mas também pela queda da fecundidade. No Brasil, a fecundidade está em 1,90 filhos por mulher, abaixo da taxa de reposição. Além disso, a estrutura familiar também vem se modificando. As dissoluções conjugais representaram um aumento de 161,4%, em 10 anos (de 2004 a 2014)⁵, assim como o número de pessoas vivendo sozinhas aumentou de 10,0% para 14,4%, no mesmo período⁶. Assim, juntamente com o aumento das condições crônicas em saúde, poderá haver escassez de suporte familiar para cuidar das pessoas com dependência.

O aumento das condições crônicas e o envelhecimento populacional podem levar ao aumento de pessoas com incapacidades e dependência, que demandam cuidados domiciliários de saúde. Cuidar dessas pessoas requer um sistema socio-sanitário de apoio ao paciente e à família, porém, no Brasil há baixa oferta de serviços públicos sociais e de saúde para atender a essa nova demanda. Os familiares são os principais responsáveis pelo cuidado do paciente e pelos custos decorrentes de suas condições. Além disso, as mulheres que, histórica e culturalmente, sempre foram consideradas as cuidadoras familiares “naturais” estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho e assumindo a chefia das famílias.

Nesse contexto, a avaliação das incapacidades como um problema de saúde nas comunidades deve ser realizada considerando aspectos sociais e de saúde, monitorando os determinantes relacionados ao seu aparecimento.

O desenvolvimento de incapacidades não é apenas um fenômeno biológico, fruto das doenças crônicas, envelhecimento ou acidentes, mas acima de tudo é um fenômeno social que a depender das condições pode favorecer ou agravar essa condição⁷.

Em estudo anterior⁸ foi desenvolvido e validado um Índice de Vulnerabilidade de Famílias a Incapacidade e Dependência (IVF-ID) com a finalidade de sintetizar as dimensões de vulnerabilidade a incapacidade e dependência utilizando dados de famílias acompanhadas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerando que a Atenção Primária no Brasil, a princípio, tem como objeto de cuidado e foco de suas ações em saúde, a família, a criação de ferramentas que possam captar condições sociais e de saúde entre os seus membros, além da rede e apoios sociais, associadas às incapacidades pode contribuir para a detecção precoce e o planejamento das ações de promoção e prevenção.

O IVF-ID é composto por dimensões sociais e de saúde e apresentou boas propriedades psicométricas, indicando que é válido para avaliar a vulnerabilidade das famílias a incapacidade e dependência⁸. Porém, é difícil ordenar tais famílias quanto ao grau de vulnerabilidade a incapacidades e dependência, fenômenos que requerem uma abordagem multidimensional. Ou seja, se a família A apresenta determinadas condições sociais e de saúde favoráveis e desfavoráveis em algumas dimensões e a família B, em outras, qual delas será mais vulnerável? Neste caso, somente é possível afirmar que a família A apresenta situação melhor em algumas dimensões que a família B e vice-versa. Portanto, uma família pode ser mais vulnerável sob os aspectos sociais relacionados às incapacidades e outra, aos aspectos de saúde, ou até mesmo, vulnerável nos dois aspectos.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar o índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência (IVF-ID), segundo a vulnerabilidade social e de saúde, para validar e extrair um ponto de corte para cada dimensão que compõe o IVF-ID.

Método

Trata-se de pesquisa observacional, descritiva, transversal e de abordagem quantitativa.

O IVF-ID foi construído com uma amostra de 248 famílias residentes na subprefeitura da Lapa. Essa região foi escolhida para o desenvolvimento do Índice devido a suas características demográficas, já que a proporção de idosos (60 anos e mais) é a maior do Município (16,5%) e o índice de envelhecimento também é alto (110,1%), superior ao índice geral da cidade de São Paulo (57,3%)^{9,10}.

A subprefeitura da Lapa corresponde a uma área de 40,57 km² da cidade de São Paulo⁸, apre-

senta 96,7% dos domicílios com coleta de esgoto em rede e apenas 8,3% da população em favelas; 8,5% dos chefes de família com menos de três anos de estudo e 21,5% da população com renda familiar inferior a 400 reais^{9,10}.

Quanto aos indicadores epidemiológicos, em relação à taxa bruta de natalidade, os valores são semelhantes em todas as regiões do Município, sendo de 15,2 nascidos vivos/1.000 habitantes na região Centro-oeste^{9,10}. Não se verifica a mesma semelhança nas taxas bruta de mortalidade, sendo a da região Centro-oeste a maior do município (8,05 óbitos/1.000 habitantes). O coeficiente de mortalidade infantil vem diminuindo ao longo dos anos em todas as regiões do Município de São Paulo, sendo que a região Centro-oeste apresenta o menor índice (8,9 óbitos/1.000 nascidos vivos)^{9,10}. O coeficiente de mortalidade padronizado por idade para doença cerebrovascular e *diabetes mellitus* é de 27,3 óbitos/100.000 habitantes. A proporção de óbitos é de 11,4/100.000 habitantes e o coeficiente de mortalidade por homicídios é de 10,3 óbitos/100.000 habitantes, o menor entre todas as regiões do Município^{9,10}.

Em 2011, a subprefeitura da Lapa contava com três Unidades de Saúde da Família (USF), nas quais foi realizado o estudo. A população do estudo foi composta pelas famílias atendidas por equipes de Saúde da Família nas subprefeituras da Lapa. Os critérios de inclusão do estudo foram: família cadastrada na Unidade; presença de algum morador no domicílio no momento da entrevista, capaz de responder pela família. Os critérios de exclusão do estudo foram: estar cadastrado na Unidade, porém não residir com a família no domicílio cadastrado; ninguém encontrado no domicílio, após duas tentativas; famílias consideradas “finais de semana” porque não ficam em casa no horário de funcionamento da Unidade.

Com base na prevalência de vulnerabilidade de 30%, erro de $\pm 10\%$, $= 5\%$ e poder de 80%, estimou-se que seria necessária uma amostra de 138 famílias. Para fins de sorteio da amostra entre as famílias cadastradas, optou-se por dobrar o tamanho da amostra, considerando as eventuais perdas, totalizando o sorteio de 276 famílias, dessas, 248 foram entrevistadas. A amostragem foi do tipo probabilística sistemática e para o sorteio foram obtidos os bancos de cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do mês de fevereiro de 2011 das Unidades da região da Lapa. As variáveis selecionadas do banco de dados do SIAB foram o número da equipe, o número da microárea, o número de cadastro da família e o número de pessoas na casa. Após a seleção

dessas variáveis no banco de dados de cada Unidade, juntou-se o banco de dados das três Unidades da região e foi feito um sorteio sistemático do cadastro das famílias, fazendo a ordenação da lista de sorteio de acordo com o número da equipe, número da microárea e número de pessoas na casa.

A descrição do IVF-ID e sua validação em detalhes podem ser vistas em publicação anterior⁸. Resumidamente, a análise fatorial exploratória resultou em um índice com sete componentes. O agrupamento dos sete componentes compôs o índice final que obteve boa consistência interna, avaliada por meio do coeficiente *alpha de Cronbach* e apresentou validade concorrente e discriminante, para as escalas de Katz e Lawton.

Neste estudo apresenta-se a revisão dos sete fatores propostos, unindo variáveis relacionadas a um mesmo tema. O fator 1 diz respeito a condições sociais favoráveis; os fatores 2 e 3 referem-se às questões relativas ao envelhecimento e às doenças crônicas e, por isso, decidiu-se criar outro fator que é a soma desses dois (2+3), que passou a ser chamado fator 23. Os fatores 4 e 6 relacionam-se a condições sociais desfavoráveis, portanto, também se decidiu pelo seu agrupamento, o que resultou no fator 46, resultante da soma desses dois fatores. Os outros dois fatores restantes, 5 e 7, também puderam ser agrupados, pois ambos se referem às relações sociais (rede e apoio social) e compuseram o fator 57. Com isso, o Índice passou a ser composto por quatro fatores, a saber:

- Fator 1: Condições sociais favoráveis (Fator 1)
- Fator 23: Envelhecimento e doenças crônicas (Fator 2 e 3)
- Fator 46: Condições sociais desfavoráveis (Fatores 4 e 6)
- Fator 57: Relações sociais (Fatores 5 e 7)

A partir daí foram calculados os índices baseado na soma das variáveis definidas em cada fator. Após o cálculo dos índices, utilizou-se o coeficiente *alpha de Cronbach* para análise de sua consistência interna. Neste estudo serão considerados satisfatórios os coeficientes acima de 0,70¹¹.

A validação desta nova proposta de fatores em relação à dependência foi feita por meio das validades discriminante e concorrente. Na análise da validade discriminante foi feita a comparação das médias dos indicadores, analisando as famílias com e sem dependentes. Para essa definição, o Índice de Katz e a Escala de Lawton foram aplicados a todos os membros da família. Foram consideradas com dependência as famílias que obtiveram qualquer classificação no Katz, exceto a letra A (independência para todas as atividades) e pontu-

ação menor do que 27 na Escala de Lawton. Utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* nessa análise.

Na análise da validade concorrente, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* entre os indicadores e os escores do Katz e Lawton. Diante do resultado, foi escolhido um ponto de corte para vulnerabilidade, por meio da curva ROC, para o fator que isoladamente apresentou melhor desempenho nos testes de validade (validou para ambas as Escalas, Katz e Lawton). Com isso, buscou-se criar uma pontuação específica para esse fator social ou de saúde, o que tornará o Índice mais específico em relação a que aspecto (social ou de saúde) a família está mais vulnerável.

O nível de significância adotado para este estudo foi de $p < 0,05$. O tratamento dos dados foi feito utilizando-se o Software SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

O estudo obteve aprovação dos Comitês de Ética da Escola de Enfermagem e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e da confidencialidade dos dados, nos termos da Resolução 196/96, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido manifestando sua anuência.

Resultados

Descrição dos fatores

A Tabela 1 permite observar que a consistência interna dos quatro fatores, mesmo agrupados, pode ser considerada boa, pois o α é igual ou superior a 0,73.

Validação dos indicadores em relação à dependência por meio da validade discriminante

O fator 23 (Envelhecimento e doenças crônicas) foi capaz de discriminar famílias com e sem pessoas com dependência para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). As médias desses fatores foram sempre superiores nas famílias em

que havia pessoas com dependência ($p < 0,01$), como mostra a Tabela 2.

Para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), verificou-se que tanto o fator 23 quanto o 46 foram capazes de discriminar famílias com e sem pessoas com dependência. O fator 23 apresentou médias superiores nas famílias com pessoas com dependência ($p < 0,01$). Já o fator 46 apresentou média superior nas famílias sem pessoas com dependência (Tabela 3).

Validação dos indicadores em relação à dependência por meio da validade concorrente

A Tabela 4 mostra a correlação dos fatores do IVF-ID com as pontuações do Índice de Katz e da Escala de Lawton, por meio da correlação de *Spearman*. Observa-se que o fator 23 obteve correlação positiva fraca estatisticamente significativa com o índice de Katz ($r = 0,33$; $p < 0,01$), indicando que, quanto maior a pontuação no fator (maior vulnerabilidade), maior a pontuação no Índice (maior dependência). A correlação foi negativa moderada com a Escala de Lawton ($r = -0,58$; $p < 0,01$), portanto, quanto maior a pontuação do fator 23 (maior vulnerabilidade), menor a pontuação na Escala (maior dependência).

Já o fator 46 apresentou correlação positiva fraca estatisticamente significativa apenas com a Escala de Lawton ($r = 0,21$; $p < 0,01$), indicando que quanto maior a pontuação do fator (maior vulnerabilidade), maior a pontuação na Escala (menor dependência).

Pelo exposto, verifica-se que o fator 23 foi validado com boa consistência interna, em relação ao Índice de Katz e à Escala de Lawton, enquanto o fator 46 validou apenas em relação à Escala de Lawton.

O fator 23 foi o que apresentou melhor desempenho em relação aos demais, porque se correlacionou significativamente com ambas as escalas, Katz e Lawton, enquanto o fator 46 correlacionou-se significativamente apenas com a Escala de Lawton. Os fatores 1 e 57 não validaram em relação às Escalas.

Tabela 1. Estatística descritiva do IVF-ID. São Paulo, 2011.

Fatores	Alpha de cronbach	Média (dp)	Mediana	Mín-máx
1 - Condições sociais favoráveis	0,86	5,31(3,30)	5,00	0-11
23 - Envelhecimento e doenças crônicas	0,84	5,53(3,90)	5,00	0-15
46 - Condições sociais desfavoráveis	0,73	1,21(1,60)	0,00	0-6
57 - Relações sociais	0,77	3,28(2,74)	3,00	0-13

Tabela 2. Estatística descritiva dos indicadores do IVF-ID, segundo a presença de dependência para as atividades básicas da vida diária do Índice de Katz. São Paulo, 2011.

Fatores	Presença de dependência (KATZ)				p#
	Não existe pessoa com dependência na família		Há pelo menos uma pessoa com dependência para AVD		
	Média	Dp	Média	Dp	
1 - Condições sociais favoráveis	5,27	3,25	5,70	3,76	0,59
23 - Envelhecimento e doenças crônicas	5,09	3,71	9,78	3,25	<0,01*
46 - Condições sociais desfavoráveis	1,23	1,59	1,04	1,74	0,45
57 - Relações sociais	3,32	2,70	2,96	3,07	0,33

Teste de Mann-Whitney. * diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 3. Estatística descritiva dos fatores do IVF-ID, segundo a presença de dependência para as atividades instrumentais da vida diária da Escala de Lawton. São Paulo, 2011.

Fatores	Presença de dependência (LAWTON)				p#
	Não existe pessoa com dependência na família		Há pelo menos uma pessoa com dependência para AIVD		
	Média	Dp	Média	Dp	
1 - Condições sociais favoráveis	5,12	3,28	5,96	3,31	0,09
23 - Envelhecimento e doenças crônicas	4,26	3,14	9,98	2,96	<0,01*
46 - Condições sociais desfavoráveis	1,36	1,65	0,67	1,28	<0,01*
57 - Relações sociais	3,32	2,67	3,16	3,00	0,45

Teste de Mann-Whitney. * diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 4. Coeficientes de correlação de Spearman (r_{sp}) entre os indicadores do IVF-ID e a média de pontuação familiar do Katz e Lawton. São Paulo, 2011.

Fatores	Média de Pontuação Katz	Média de Pontuação Lawton
	$r_{sp}(p)$	$r_{sp}(p)$
1 - Condições sociais favoráveis	0,04 (0,49)	-0,12 (0,06)
23 - Envelhecimento e doenças crônicas	0,33 (< 0,01)*	-0,58 (< 0,01)*
46 - Condições sociais desfavoráveis	-0,06(0,39)	0,21(< 0,01)*
57 - Relações sociais	-0,06(0,34)	0,04(0,50)

* correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Diante desses resultados, propõe-se que a análise pode ser feita de duas formas: uma por meio do Índice Total, validado em estudo anterior, que passará a ser designado IVF-ID Total, composto pelo agrupamento de todos os fatores (1+23+46+57), em que os fatores 1, 46 e 57 referem-se às condições sociais (CSO) e o fator 23, às condições de saúde (CSA).

Pode-se ainda analisar separadamente o fator 23 que avalia as condições de saúde e que doravante será designado Dimensão CSA. Com isso, o IVF-ID será estruturado da seguinte forma: IVF-ID Total = Dimensão CSA + Dimensão CSO,

sendo que a Dimensão CSA é composta pelos componentes 'Envelhecimento, incapacidades e dependência' e 'Doenças Crônicas' e a Dimensão CSO, composta pelos componentes 'Condições de vida favoráveis', 'Condições de vida desfavoráveis', 'Rede social' e 'Apoio social'.

Assim, o instrumento final é composto por duas dimensões, seis componentes e 50 indicadores. As opções de resposta continuam sendo SIM ou NÃO, sendo que se a resposta representar maior vulnerabilidade a pontuação será 1 e, nos casos de menor vulnerabilidade, a pontuação será zero.

Definição dos pontos de corte para a Dimensão CSA

Para o IVF-ID Total e para a Dimensão CSA, quanto maior o valor, pior a condição. No entanto, seria interessante ter pontos de corte para classificar a família como vulnerável ou não, tanto pelo IVF-ID Total quanto pela Dimensão CSA.

Para definição dos pontos de corte foi utilizada a curva ROC, construída com base na Escala de Lawton. Para o IVF-ID Total a curva ROC obteve área = 0,769 ($p < 0,01$) e o ponto de corte 15 revelou sensibilidade de 0,80 e especificidade de 0,54. Assim, definiu-se como família vulnerável para incapacidade e dependência aquela com 15 ou mais pontos no IVF-ID Total.

Para a definição do ponto de corte da Dimensão CSA Total, a curva ROC obteve área = 0,896 ($p < 0,01$) e o ponto de corte 6 revelou sensibilidade de 0,93 e especificidade de 0,69. Assim, definiu-se como família vulnerável para incapacida-

des e dependência aquela com 6 ou mais pontos na Dimensão CSA.

Verifica-se, portanto, um ponto de corte para o IVF-ID Total e outro para a Dimensão CSA. Se a família for considerada vulnerável pela pontuação do IVF-ID Total, mas não for vulnerável pelo ponto de corte da Dimensão CSA, pode-se considerar que essa família é mais vulnerável sob os aspectos sociais e não de saúde. Da mesma forma, famílias que não forem consideradas vulneráveis pelo ponto de corte do IVF-ID Total, mas o forem pelo ponto de corte da Dimensão CSA, serão consideradas vulneráveis às condições de saúde e não vulneráveis às sociais. Famílias consideradas não vulneráveis serão aquelas que estarão abaixo do ponto de corte tanto no IVF-ID Total como na Dimensão CSA. E, por sua vez, as famílias consideradas mais vulneráveis serão as que pontuarem acima do ponto de corte tanto no IVF-ID Total quanto na Dimensão CSA. A Figura 1 ilustra essas possibilidades:

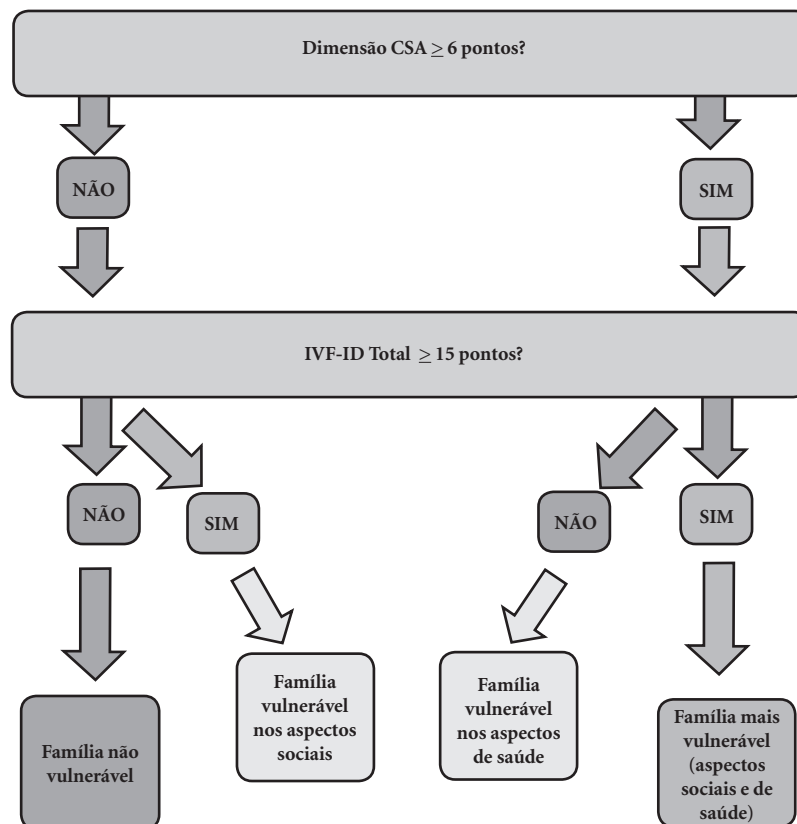


Figura 1. Representação em fluxograma da avaliação e classificação das famílias através da aplicação do IVF-ID total e da dimensão CSA.

Discussão

Os resultados dos testes de validação do IVF-ID, indicaram que o fator 23, relacionado ao envelhecimento e às doenças crônicas, foi validado com boa consistência interna, em relação ao índice de Katz e à Escala de Lawton, enquanto que o fator 46 (condições sociais desfavoráveis) validou apenas em relação à Escala de Lawton. O fator 23 apresentou melhor desempenho em relação aos demais, já que se correlacionou significativamente com ambas as escalas, Katz e Lawton.

Os fatores 1 e 57, relacionados às relações sociais, foram os únicos que não validaram para incapacidades e dependência, possivelmente em razão da variabilidade das relações sociais que podem ser afetadas positiva ou negativamente pelas condições envolvidas na gênese das incapacidades e dependência e da natureza das relações pré-existentes. A família, principal rede social de apoio, como um recurso protetor de saúde já é bem estabelecido, porém há que se considerar, também, o outro lado dessas relações, que podem gerar tensões e conflitos¹².

Dado o desempenho mais significativo da dimensão CSA nos testes de validade, decidiu-se destacá-lo na avaliação da vulnerabilidade e foram definidos os pontos de corte.

Considerando a multidimensionalidade do fenômeno da vulnerabilidade, resultado de uma interação complexa de condições, a adoção de um escore único poderia não expressar as diferentes situações que afetam as famílias. Como as dimensões que compõem o IVF-ID avaliam distintos fenômenos (sociais e de saúde) um escore único poderia encobrir situações de vulnerabilidade diversas, como por exemplo, famílias socialmente vulneráveis a incapacidades e dependência e outras cuja vulnerabilidade decorre predominantemente de condições de saúde. Com a definição de um ponto de corte para o Índice total e outro para a Dimensão CSA foi possível discriminar as dimensões da vulnerabilidade a incapacidades e dependência entre as famílias.

Em estudo realizado por Maia¹³ foram encontradas associações entre as vulnerabilidades físicas e sociais, em que os idosos socialmente vulneráveis tinham mais chances de se tornar fisicamente vulnerável e os fisicamente vulneráveis maiores chances de se tornarem socialmente vulneráveis. Além disso, os idosos fisicamente vulneráveis apresentaram maior distribuição na categoria média, alta e muito alta vulnerabilidade social.

Ao avaliar os fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa os pes-

quisadores verificaram que a probabilidade de receber assistência domiciliar na ESF é maior com a idade, não saber ler e escrever e a incapacidade funcional. A probabilidade de receber assistência domiciliar foi 3,2 vezes mais na AIVD¹⁴. Em relação às DCNT, estudo publicado na Lancet em 2011², indicou que a morbimortalidade dessas doenças foi maior na população pobre.

Estudo longitudinal, realizado nos Estados Unidos verificou que não há diferença de cuidados recebidos entre os diferentes grupos de incapacidades, porém, em relação aos aspectos sociodemográficos, os não brancos, com rendimento inferior eram menos propensos a receber cuidados¹⁵.

Diante da importância de considerar os determinantes sociais na avaliação da saúde, a proposta de verificar a vulnerabilidade das famílias, não é apenas utilizar um conjunto de indicadores relacionados à dependência para classificá-las, mas também de oferecer uma ferramenta que auxilie os profissionais a captar informações, sob diversas perspectivas, para compor um cenário que evidencie os potenciais de fortalecimento e desgaste presente nas famílias.

Em 2013, o MS publicou as *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias*¹⁶ e dentre os objetivos da organização da rede de atenção às pessoas com doença crônica, está o de contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. O modelo de atenção às condições crônicas (MACC), proposto por Mendes¹⁷, é composto, entre outros, por níveis de promoção à saúde e prevenção das doenças crônicas, nesses níveis de intervenção, o enfoque das ações está nos determinantes sociais, nos comportamentos e estilos de vida¹⁷.

Ao realizar uma revisão integrativa sobre a abordagem familiar na ESF, os autores verificaram a carência de estudos nesse tema e indicam a necessidade e importância de atuar na família como objeto de atenção ao cuidado em saúde, na ESF¹⁸. O IVF-ID tem o intuito de ampliar o objeto de atenção para verificar a vulnerabilidade dos indivíduos que coabitam o domicílio, a família.

Um dos principais desafios metodológicos para a epidemiologia social, segundo Barata¹⁹, está na realização de estudos populacionais que permitam considerar de maneira apropriada os efeitos contextuais e os composicionais. Além disso, também destaca o desafio de medir adequadamente os aspectos sociais e questiona se é possível seguir usando as mesmas ferramentas

dos “fatores de risco” sem infringir os pressupostos teóricos da epidemiologia social.

Ao analisar o conceito de vulnerabilidade à construção do conhecimento em saúde coletiva, Sánchez e Bertolozzi²⁰ consideram que devem ser superados os estudos que restringem as análises na perspectiva da multifatorialidade e ocultam as complexas causas da determinação das doenças.

O Índice final é composto por condições sociais de fortalecimento (acesso a bens duráveis, escolaridade, emprego e renda) e de desgaste (analfabetismo, pobreza). Além disso, são abordadas condições de saúde não apenas na esfera biológica, mas também no acesso a serviços de saúde, autoavaliação de saúde e presença de grupos vulneráveis, como os idosos.

Apesar da utilização da estatística para definição dos indicadores e da adoção de pontos de corte para classificação das famílias, não se trata de uma ferramenta de avaliação de risco, haja vista o percurso metodológico adotado para a eleição dos indicadores e a combinação de indicadores de avaliação do desenvolvimento social das famílias agregados aos indicadores específicos para avaliação da vulnerabilidade a incapacidades e dependência, condição que se expressa, *a priori*, na esfera biológica.

Porém, a limitação deste estudo está em o IVF-ID ter sido construído e testado em uma determinada localidade do município de São Paulo. É preciso testá-lo com outras populações, em regiões com diferentes vulnerabilidades, a fim de verificar se mantém suas propriedades psicométricas e também aprimorar seus indicadores.

Colaboradores

F Amendola foi responsável pela elaboração e realização de todas as etapas do estudo, além da participação na coleta de dados; MRDO Latorre pelas contribuições no desenho do estudo, método e realização da análise dos dados; MRM Alvarenga pelas contribuições no método e discussão dos dados; MAC Oliveira foi responsável pela orientação do trabalho, correção de todas as etapas do estudo e revisão final.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: MS; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. *Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980 2050: revisão 2006*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acessado 2013 nov 11]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores sociais municipais. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica número 28. Uma análise dos resultados do universo de Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [acessado 2013 out 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. [acessado 2016 jan 10]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estatísticas do registro civil 2014*. v. 41. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. [acessado 2016 jan 10]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2014_v41.pdf
7. Ferreira MAV. La construcción social de la discapacidad: *habitus*, estereotipos y exclusión social. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 2008; 17.
8. Amendola F, Alvarenga MRM, Latorre MRDO, Oliveira MAC. Desenvolvimento e validação do índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência (IVF-ID). *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(1):82-90.
9. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). *Indicadores para diagnóstico de saúde da cidade de São Paulo*. São Paulo; 2011. [acessado 2011 ago 20]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/DiagnosticoSinteticoSaudeCidSaoPaulo_CEInfo_18jan11.pdf
10. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Dados demográficos dos distritos pertencentes as subprefeituras* [homepage na internet]. São Paulo; 2011. [acessado 2012 jan 03]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758
11. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3ª ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
12. Guitierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1497-1508.
13. Maia FOM. *Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.
14. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1102-1111.
15. Chan L, Ciol MA, Shumway-Cook, Yorkston KM, Dudgeon BJ, Asch SM, Hoffman JM. A longitudinal evaluation of persons with disabilities: does a longitudinal definition help define who receives necessary care? *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89(6):1023-1030.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: MS; 2013.
17. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011.
18. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1250-1255.
19. Barata RB. Epidemiologia Social. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(1):7-17.
20. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):319-324.

Artigo apresentado em 20/03/2016

Aprovado em 25/07/2016

Versão final apresentada em 27/07/2016

