



Revista Brasileira de Enfermagem

E-ISSN: 1984-0446

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Almeida Souza, Rosely; Martins Alvarenga, Márcia Regina; Amendola, Fernanda; Martins Rios Silva, Tharsila; Hitomi Yamashita, Cintia; de Campos Oliveira, Maria Amélia
Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 68, núm. 2, marzo-abril, 2015, pp. 244-252
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267040408009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família

Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy
Vulnerabilidad de las familias de adultos mayores asistidas por la Estrategia Salud de la Familia

Rosely Almeida Souza^I, Márcia Regina Martins Alvarenga^{II}, Fernanda Amendola^{III},
Tharsila Martins Rios Silva^{IV}, Cintia Hitomi Yamashita^V, Maria Amélia de Campos Oliveira^{VI}

^I Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Escola de Enfermagem,
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Campo Grande-MS, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Curso de Enfermagem. Dourados-MS, Brasil.

^{III} Universidade de Guarulhos, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Guarulhos-SP, Brasil.

^{IV} Universidade Católica de Brasília, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Brasília-DF, Brasil.

^V Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

^{VI} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo-SP, Brasil.

How to cite this article:

Souza RA, Alvarenga MRM, Amendola F, Silva TMR, Yamashita CH, Oliveira MAC. Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):244-52.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680209i>

Submissão: 20-02-2015 Aprovação: 23-02-2015

RESUMO

Objetivo: estudo descritivo, exploratório, de corte transversal, cujo objetivo foi identificar a vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** foi desenvolvido por meio de entrevistas domiciliárias realizadas com uma amostra de 500 famílias de idosos assistidas por 32 equipes da ESF da cidade de Dourados, MS. O Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) foi adaptado para classificá-las em função da situação de vulnerabilidade. **Resultados:** os resultados revelaram a presença de famílias multigeracionais, com baixa escolaridade entre os indivíduos com idade superior a 20 anos e alta taxa de analfabetismo entre os idosos. Identificaram-se 403 famílias em situação de vulnerabilidade aceitável, 95 em vulnerabilidade grave e duas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave. As dimensões mais críticas do IDF foram os acessos ao conhecimento e ao trabalho. **Conclusão:** conclui-se que há necessidade de mais investimentos no cuidado a esses idosos e suas famílias na Atenção Básica.

Descritores: Vulnerabilidade em Saúde; Família; Idoso; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: the present descriptive, exploratory, cross-sectional study aimed to identify the vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy (FHS). **Method:** the research employed home interviews and was developed with a sample of 500 families of aged people cared for by 32 FHS teams in the city of Dourados, MS, Brazil. The Family Development Index (FDI) was adapted in order to classify the families according to their degree of vulnerability. **Results:** the results revealed the presence of multigenerational families with low educational levels among individuals over the age of 20 and high illiteracy rates among elderly citizens. There were 403 families whose vulnerability was acceptable, 95 in severe vulnerability, and two families in a condition of very severe vulnerability. The most critical dimensions of the FDI were the access to knowledge and to work. **Conclusion:** the study identified that there is still a need for further investments that can assist these aged people and their families in the Primary Health Care.

Key words: Health Vulnerability; Family; Aged; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: estudio descriptivo, exploratorio, transversal, con el objetivo de identificar la vulnerabilidad de familias adultos mayores asistidas por la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Método:** fue desarrollado mediante entrevistas a una muestra de 500 familias de adultos mayores bajo la responsabilidad de 32 equipos de ESF en la ciudad de Dourados, MS, Brasil. El Índice de Desarrollo de la Familia (IDF) fue adaptado para clasificar las familias de acuerdo a la situación de vulnerabilidad. **Resultados:** los resultados revelaron la presencia de familias multigeneracionales con bajo nivel de educación entre las personas mayores de 20 años y las altas tasas de analfabetismo entre los adultos mayores. Se identificaron 403 familias en situación de vulnerabilidad aceptable, 95 con vulnerabilidad grave y dos familias en situación de vulnerabilidad muy grave. Las dimensiones más críticas en el IDF fueron el acceso al conocimiento y al trabajo. **Conclusión:** se concluye que existe la necesidad de una mayor inversión, con un enfoque en la atención primaria, con el fin de atender a las personas mayores y sus familias.

Palabras clave: Vulnerabilidad en Salud; Familia; Anciano; Atención Primaria de Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cintia Hitomi Yamashita

E-mail: cintia.hitomi.yamashita@usp.br

INTRODUÇÃO

O monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade, faz parte da vigilância em saúde nos serviços da Atenção Básica (AB). Sua finalidade é identificar as necessidades de saúde dessas famílias, com vistas à intervenção⁽¹⁾.

A vulnerabilidade é um fenômeno que afeta as famílias de forma ampla e pode restringir de diversas maneiras seu acesso a oportunidades. Não diz respeito apenas à renda, pois envolve as condições de vida, o acesso à educação e ao trabalho, a qualidade da moradia, incluindo sua localização, entre outras condições relacionadas a oportunidades de uma vida digna⁽²⁾.

A vulnerabilidade pode ser classificada em individual, social e programática. A primeira compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações interpessoais. A vulnerabilidade social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. E, por fim, a vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo contra riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social⁽³⁾.

A vulnerabilidade é definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos⁽³⁾. Expressa-se no adoecimento de um ou vários membros da família, em face de condições que impedem ou detêm o desenvolvimento saudável de seus integrantes. Associadas a eventos de vida negativos, essas condições podem potencializar e predispor a resultados negativos e processos disfuncionais de ordem física, social ou emocional.

A vulnerabilidade em saúde é pouco discutida na área da gerontologia. Porém, o estudo da vulnerabilidade de idosos pode enriquecer e ampliar as discussões no campo acadêmico, bem como contribuir para a prática diária dos serviços de saúde⁽⁴⁾.

O aumento significativo da expectativa de vida é um fenômeno mundial. No Brasil e em outros países latino-americanos o processo de transição demográfica ocorreu de forma rápida, resultando em aumento da população maior de 60 anos, sem a

devida melhoria de sua qualidade de vida, ao contrário do que aconteceu nos países desenvolvidos, cujo processo foi lento e acompanhado da elevação da qualidade de vida⁽⁵⁾.

O envelhecimento populacional acarreta mudanças nos arranjos familiares, com maior proporção de famílias com pelo menos um idoso. A longevidade acarreta a necessidade da família adaptar-se à convivência multigeracional. Carência financeira ou más condições de saúde limitam as possibilidades de escolha por parte dos idosos e dos familiares, que muitas vezes são forçados a conviver em um mesmo espaço. Os laços afetivos, a sensação de pertencimento e a relação de intimidade entre o idoso e a família não se relacionam necessariamente com a proximidade geográfica. Residir com um idoso pode gerar sobrecarga emocional e situações de estresse se os membros da família não estiverem preparados para a convivência multigeracional, assim como pode gerar condições adversas à qualidade de vida do idoso⁽⁶⁾.

O declínio biológico típico da senescência acarreta vulnerabilidade de natureza psicobiológica que, se acompanhada por processos socioculturais deletérios, como condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida, resulta em senilidade. Entende-se por senescência as alterações orgânicas, funcionais e psicológicas comuns do processo de envelhecimento e por senilidade as modificações ocasionadas pelas doenças que acometem os idosos, sendo que nem sempre essas características podem ser diferenciadas⁽⁷⁾.

O número de idosos brasileiros vem crescendo no Brasil, assim como sua importância no contexto das famílias: 8,9 milhões (62,4%) de idosos são responsáveis pelos domicílios, têm em média 69 anos de idade e 3,4 anos de estudo⁽⁸⁾. A presença de idosos nos serviços de saúde é cada vez mais comum; daí a importância da vigilância em saúde nos serviços da Atenção Básica, especialmente dos idosos inseridos em famílias vulneráveis. As necessidades desses idosos e de suas famílias muitas vezes são negligenciadas pelos profissionais de saúde, quer por falta de entendimento do conceito ampliado de vulnerabilidade, quer por não contarem com instrumentos e recursos necessários para esse fim.

O presente estudo teve como objetivos caracterizar o perfil dos idosos assistidos pela ESF e classificar suas famílias de acordo com a situação de vulnerabilidade.

MÉTODO

Pesquisa observacional, de corte transversal e abordagem quantitativa. Foi realizada em 32 das 39 equipes da Estratégia de Saúde da Família da área urbana da cidade de Dourados (MS), existentes por ocasião da coleta de dados⁽⁹⁾. Deixaram de participar sete equipes nas quais as enfermeiras encontravam-se em férias, licença ou havia ausência de profissional contratada.

A população de estudo foi constituída por famílias dos 12.574 idosos cadastrados pelas equipes ESF da área urbana de Dourados⁽⁹⁾. O tamanho inicial da amostra foi calculado em 497 famílias, considerando o nível de significância de 5%, o intervalo de confiança de 95%, a proporção esperada de 16,3% das famílias em situação de vulnerabilidade grave e muito grave⁽¹⁾, o efeito do desenho de 1,4%, o erro de 4% e 10% de perdas. A técnica de amostragem foi aleatória simples e, ao final, 500 famílias foram entrevistadas.

Para a definição de família, utilizou-se o conceito adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que a define como “um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que reside na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que mora só numa unidade domiciliar”⁽⁸⁾.

Os critérios de inclusão foram: famílias que tinham pelo menos um idoso (idade igual ou superior a 60 anos) residindo na unidade domiciliar. Como critério de exclusão considerou-se a ausência dos familiares no momento da visita.

As entrevistas foram realizadas por acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e do curso de Educação Física da Universidade Federal da Grande Dourados, devidamente treinados, e contou com a presença de agentes comunitários de saúde. O período de coleta ocorreu entre novembro de 2012 e janeiro de 2013.

O perfil dos idosos foi analisado segundo sexo (masculino; feminino), faixa etária (60 a 69; 70 a 79, 80 anos e mais), escolaridade (analfabeto; 1 a 4; 5 anos e mais), tipo de benefício (nenhum, pensão, aposentadoria, outros), arranjo familiar (reside só, reside com o cônjuge, com os filhos ou com outras pessoas). Em relação à renda, adotou-se a classificação de extrema pobreza (renda *per capita* < R\$ 155,50) e pobreza (renda *per capita* entre R\$ 155,50 e R\$ 311,00).

Para a classificação de vulnerabilidade, adotou-se o Índice de Desenvolvimento da Família (IDF)⁽¹⁰⁾, que tem como finalidade identificar famílias mais vulneráveis e subsidiar o planejamento de ações que visem ao monitoramento dos determinantes de suas condições de vida e saúde e intervenções mais adequadas a suas necessidades⁽¹¹⁾.

O IDF é composto por seis dimensões, 26 componentes e 48 indicadores. As seis dimensões das condições de vida avaliadas são⁽¹⁰⁾:

1. ausência de vulnerabilidade: situações que aumentam o volume de recursos que uma família necessita para satisfazer necessidades, como alimentação e assistência à saúde;

- 2. acesso ao conhecimento:** meios que as famílias dispõem para satisfazer suas necessidades; é avaliado por escolaridade, qualificação profissional e analfabetismo;
- 3. acesso ao trabalho:** oportunidades que uma pessoa tem de utilizar sua capacidade produtiva;
- 4. disponibilidade de recursos:** renda familiar *per capita*, recurso fundamental para aquisição de bens e serviços para satisfação de necessidades;
- 5. desenvolvimento infantil:** trata-se de uma meta social para garantir à criança condições para o seu desenvolvimento pleno; e
- 6. condições habitacionais:** que guardam relação com as condições de vida.

Este estudo utilizou uma versão adaptada do IDF⁽¹⁾, composto por seis dimensões, 26 componentes e 59 indicadores. Cada indicador representa uma pergunta a ser feita às famílias, que deve ser respondida com “sim” ou “não”. Cada resposta computada como “sim” é considerada como algo positivo e aumenta a pontuação na direção de um maior índice de desenvolvimento. Dessa forma, o IDF pode variar de zero e um⁽¹⁰⁾.

O escore foi obtido a partir da média aritmética dos indicadores sintéticos de cada dimensão, gerando o grau de vulnerabilidade das famílias integradas por idosos. Os pontos de corte para classificar as famílias dos idosos em situação de vulnerabilidade foram: muito grave, para o IDF abaixo de 0,50; grave quando o IDF ficou entre 0,50 e 0,67 e aceitável para o IDF acima de 0,67⁽¹⁰⁾.

Foram calculadas medidas de associação entre a variável de desfecho (grau de vulnerabilidade familiar) e as características dos idosos: sexo, faixa etária, escolaridade, número de membros com quem reside e renda *per capita*. Utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson com valor de $p < 0,050$. Considerou-se ainda, para efeito do cálculo, o grau de vulnerabilidade familiar como grave e muito grave (IDF menor ou igual a 0,67) e aceitável (IDF acima de 0,67). Quando o valor observado foi menor que cinco ocorrências, optou-se pela medida de associação linear por linear.

Para verificar se as associações observadas entre as variáveis estudadas eram próprias ou resultado da interferência de terceiras, procedeu-se à abordagem multivariada logística⁽¹²⁾. Foi adotada a transformação das variáveis independentes com mais de duas categorias em variáveis do tipo indicadora *dummy* para obtenção de *odds ratios* específicos para as categorias de idade, escolaridade, renda e arranjo familiar. O modelo foi estimado com as variáveis que obtiveram valores de p menores ou iguais a 20% no teste Qui-quadrado. O método de seleção usado foi o de trás para frente - *backward* - determinando-se, então, as razões de chances, seus intervalos de confiança e o valor de p . O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de Razão de Verossimilhança⁽¹²⁾. A análise descritiva é apresentada pela frequência absoluta e relativa, mínimo, máximo e o índice geral pela média aritmética com o respectivo desvio padrão.

Todos os idosos ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando sua participação no estudo. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade

de São Paulo (Parecer 74374, CAAE 02147012.1.0000.5392) e recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados para início da coleta de dados.

RESULTADOS

Tabela 1 - Caracterização dos membros da família do idoso, Dourados, MS, 2013

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	434	53,9
Feminino	370	46,1
Faixa etária		
0-10 anos	64	8,0
11-20 anos	118	14,6
21-59 anos	376	46,8
60 anos e mais	246	30,6
Escolaridade		
Analfabeto	138	17,2
1-4 anos	264	32,8
5- 8 anos	211	26,3
9-11 anos	97	12,0
12 e mais	94	11,7
TOTAL	804	100,0

Tabela 2 - Estatística descritiva das dimensões do IDF geral das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, Dourados, MS, 2013

Dimensões	Índice	Mínimo	Máximo	dp
Ausência de vulnerabilidade	0,77	0,31	0,94	0,10
Acesso ao conhecimento	0,30	0,00	1,00	0,19
Acesso ao trabalho	0,38	0,00	1,00	0,27
Disponibilidade de recursos	0,92	0,00	1,00	0,18
Desenvolvimento infantil	0,99	0,70	1,00	0,04
Condições habitacionais	0,75	0,28	1,00	0,11

Foram entrevistadas 500 famílias integradas por idosos assistidos por equipes da ESF, totalizando 1.304 pessoas (500 idosos e 804 membros da família). Entre os idosos entrevistados, predominaram mulheres (65,6%), com idade média de 71,9 anos, sendo a amplitude de 60 a 100 anos de idade (Me = 72,0; dp = 7,9). A maioria possuía de um a quatro anos de estudo (49,6%) e recebia aposentadoria (62,0%).

O arranjo familiar mais comum foi a família multigeracional, na qual o idoso reside com várias pessoas, que podem ser filhos, netos, genros, noras e o próprio cônjuge, contando com uma média de 2,65 membros (dp = 1,39), máximo de 13 membros e mínimo de um.

Em relação à caracterização dos membros da família, observou-se predominância do sexo masculino (53,9%) e da faixa etária de 21 a 59 anos (46,8%). A média de idade foi de 44,1 anos, sendo a menor idade abaixo de um ano e a máxima de 91 anos, mediana de 37,5 (dp = 25,4). A maioria (59,1%) havia concluído apenas o ensino fundamental. As demais variáveis relacionadas às características dos membros da família estão reunidas na Tabela 1.

O IDF geral foi 0,72 (situação aceitável), sendo que o menor índice foi de 0,49 e o máximo, de 0,95 (Me = 0,71; dp = 0,07). O baixo valor do desvio padrão indica que não ocorreu grande diferença entre as médias, ou seja, as famílias apresentaram IDF similares.

A Tabela 2 apresenta o índice geral, os valores mínimos e máximos e o desvio padrão de cada dimensão do IDF. Dentre as seis dimensões analisadas, destacaram-se duas com grau de vulnerabilidade muito grave: o acesso ao conhecimento e o acesso ao trabalho.

Foram identificadas 403 (80,6%) famílias com IDF aceitável, 95 (19,0%) em situação grave e duas (0,4%) em situação de vulnerabilidade muito grave. A Tabela 3 destaca que as dimensões que contribuíram para a vulnerabilidade grave e muito grave das famílias foram o acesso ao conhecimento e ao trabalho.

Dentre as 500 famílias pesquisadas, duas se encontravam em situação de vulnerabilidade muito grave.

A família 139 era constituída por uma senhora de 75 anos, casada, analfabeta, aposentada, com renda *per capita* de R\$274,57, que residia em moradia própria com mais seis pessoas: o cônjuge de 82 anos, analfabeto, um filho de 46 anos, com dois anos de estudo, duas netas adolescentes com 15 e 16 anos (sete e nove anos de estudo, respectivamente), um neto de seis

Tabela 3 - Distribuição das famílias nas dimensões do IDF, de acordo com grau de vulnerabilidade, Dourados, MS, 2013

Dimensões	Vulnerabilidade muito grave n (%)	Vulnerabilidade grave n (%)	Vulnerabilidade aceitável n (%)	Total N (%)
Ausência de vulnerabilidade	04 (0,8)	59 (11,8)	437 (87,4)	500 (100,0)
Acesso ao conhecimento	369 (73,8)	115 (23,0)	16 (3,2)	500 (100,0)
Acesso ao trabalho	311 (62,2)	126 (25,2)	63 (12,6)	500 (100,0)
Disponibilidade de recursos	21 (4,2)	71 (14,2)	408 (81,6)	500 (100,0)
Desenvolvimento infantil	-	-	500 (100,0)	500 (100,0)
Condições habitacionais	03 (0,6)	144 (28,8)	353 (70,6)	500 (100,0)

Tabela 4 - Análise bivariada entre os determinantes sociodemográficos dos idosos e o grau de vulnerabilidade familiar, Dourados, MS, 2013

Características dos idosos	Vulnerabilidade Aceitável n (%)	Vulnerabilidade Grave e Muito Grave n (%)	Valor de <i>p</i>
Sexo			
Masculino	144 (83,7)	28 (16,3)	0,201
Feminino	259 (79,0)	69 (21,0)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	184 (86,8)	28 (13,2)	0,011
70 a 79 anos	152 (76,4)	47 (23,6)	
80 anos e mais	67 (75,3)	22 (24,7)	
Escolaridade			
Analfabeto	120 (67,8)	57 (32,2)	< 0,001
1 a 4 anos	210 (84,7)	38 (15,3)	
5 anos e mais	73 (97,3)	2* (02,7)	
Renda <i>per capita</i> (em R\$)			
Maior que 311,00	373 (85,4)	64 (14,6)	< 0,001
Entre 155,50 e 311,00	29 (51,8)	27 (48,2)	
Menor que 155,50	1* (14,3)	6 (85,7)	
Membros com quem reside			
Sozinho	59 (69,4)	26 (30,6)	0,006
2 a 4 pessoas	308 (83,9)	59 (16,1)	
5 pessoas e mais	36 (75,0)	12 (25,0)	
TOTAL	403 (80,6)	97 (19,4)	

(*) Análise realizada pela associação linear por linear.

Tabela 5 - Análise multivariada para vulnerabilidade grave e muito grave de acordo com as variáveis sociodemográficas de idosos, Dourados, MS, 2013

Variáveis	Categorias	OR [IC 95%]	Valor de <i>p</i>
Faixa Etária (em anos)	60 a 69	1	
	70 a 79	1,96 [1,07 – 3,58]	0,030
	80 e mais	2,27 [1,11 – 4,64]	0,025
Escolaridade (em anos)	5 ou mais	1	
	1 a 4	4,82 [1,09 – 21,27]	0,038
	Analfabeto	13,43 [3,05 – 59,04]	0,001
Renda <i>per capita</i> (em R\$)	Maior que 311,00	1	
	Entre 155,50 e 311,00	8,50 [4,27 – 16,90]	< 0,001
	Menor que 155,50	74,57 [7,47 – 744,02]	< 0,001
Arranjo Familiar	5 e mais pessoas	1	
	2 a 4 pessoas	1,13 [0,43 – 2,94]	0,802
	Sozinho	3,48 [1,20 – 10,09]	0,022

anos, que ainda não havia iniciado a atividade escolar, e a nora com 45 anos, com oito anos de estudo. Apresentou IDF geral de 0,49 e as dimensões com escores mais baixos foram acesso ao conhecimento, acesso ao trabalho e ausência de vulnerabilidade com os valores de 0,00; 0,17 e 0,31, respectivamente.

A família 165 era formada por um senhor de 65 anos, casado, com dois anos de estudo, sem recurso financeiro próprio, que não possuía casa própria, morando em casa cedida com mais seis pessoas: a cônica de 53 anos, com dois anos de estudo, quatro filhos (com idades de 32, 25, 20 e 17 anos) e cinco anos de estudo, e uma filha de 12 anos, com seis anos de estudo. A renda familiar *per capita* era de R\$42,86. O IDF geral foi de 0,49 e as dimensões com escores mais baixos foram acesso ao conhecimento, acesso ao trabalho, disponibilidade de recursos e desenvolvimento infantil, com os valores de 0,17; 0,17; 0,33 e 0,39, respectivamente.

Nas 95 famílias com IDF grave havia 68 idosos do sexo feminino e 28 do masculino, dos quais, 56 analfabetos e 25 com apenas 1 a 3 anos de estudo; 66 não possuíam cônica, mas apenas 26 moravam sozinhos, o que indica a introdução do idoso em outro ambiente familiar, compondo a relação multigeracional. Em relação à renda, 86 idosos recebiam algum tipo de benefício social, sendo o principal, a aposentadoria. Em 31 famílias, a renda *per capita* era de no máximo R\$311,00 e em 64, a *per capita* era de R\$ 311,00 ou mais. Quando questionados sobre a presença de algum morador com mais de seis meses no trabalho atual, 84 idosos responderam que não.

O analfabetismo presente entre os idosos foi um dos fatores determinantes para o baixo valor da dimensão acesso ao conhecimento, com impacto na vulnerabilidade familiar, assim como a dimensão acesso ao trabalho, representada pela falta de estabilidade no emprego e pelos baixos índices de renda *per capita*.

A dimensão condições habitacionais também apresentou resultado relevante. Entre essas famílias, 30 residiam em casas de madeira, em ruas sem pavimentação asfáltica e tinham dificuldade para a aquisição de eletrodomésticos e eletrônicos como máquina de lavar roupa, rádio, computador e internet, que foram encontrados apenas em algumas casas.

Na Tabela 4 observa-se que, dentre as variáveis sociodemográficas, as que se associaram significativamente com vulnerabilidade grave e muito grave foram: faixa etária (idosos mais velhos), escolaridade (analfabetos), morar sozinho e baixa renda *per capita*.

No modelo de análise conjunta com regressão logística, observou-se a ocorrência de vulnerabilidade grave e muito grave, fortemente determinada pelo grupo de idosos mais idosos (acima de 70 anos), mais pobres (renda *per capita* menor de R\$311,00), pouca escolaridade e residir sozinho, conforme observado na Tabela 5. Para cada idoso na faixa etária de 60 a 69 anos que apresenta vulnerabilidade grave ou muito grave, há 1,96 idosos na faixa de 70-79 anos e 2,27 para a faixa de 80 anos ou mais. Além disso, para cada idoso com cinco anos de escolaridade, há 4,82 idosos na faixa de 1-4 anos de escolaridade e 13,43 entre os analfabetos com vulnerabilidade grave ou muito grave. Quanto ao arranjo familiar, os idosos que residiam sozinhos tinham 3,48 de chances de se encontrarem na vulnerabilidade grave ou muito grave.

Destaca-se ainda, a forte associação da renda *per capita* sobre a vulnerabilidade familiar pois, para cada idoso com renda *per capita* superior a R\$311,00, estima-se a razão de chances (*odds ratio*) de 8,50 idosos e 74,57 idosos em situação de vulnerabilidade grave e muito grave, com renda *per capita* entre R\$155,50 e R\$311,00 e abaixo de R\$155,50, respectivamente.

DISCUSSÃO

Ao longo da história, o cuidado aos idosos vem sendo exercido predominantemente pela família, principalmente pelas mulheres, na condição de esposas, filhas e netas⁽⁶⁾. A presença do idoso em uma família, em geral, é decorrente de duas situações: como chefe da família, em razão da posse de renda ou da residência, ou em situação de dependência, por ausência de condições físicas, psíquicas ou sociais.

A vulnerabilidade social pode ser entendida como o grau em que a situação social geral da pessoa a deixa suscetível a problemas de saúde. Estudo realizado com idosos no Canadá mostrou que existe uma associação entre a vulnerabilidade social global e a mortalidade de idosos. Outras condições desfavoráveis são o sexo feminino, a situação de viuvez, viver sozinha, a idade avançada, a baixa escolaridade e a fragilidade⁽¹³⁾. Outra investigação canadense identificou que indivíduos em alta vulnerabilidade social apresentam 36% mais chance de apresentar declínio cognitivo, quando comparados com aqueles em baixa vulnerabilidade social⁽¹⁴⁾.

Pesquisa realizada com idosos da Alemanha, Grécia, Itália, Lituânia, Portugal, Espanha e Suécia mostrou que a situação econômica desfavorável e a baixa inserção profissional são determinantes da redução ou ausência de apoio social do idoso, situação que compromete sua qualidade de vida, uma vez que o apoio social facilita que o idoso continue fazendo parte da sociedade e sinta-se útil⁽¹⁵⁾.

Assim, a Atenção Primária à Saúde deve levar em consideração condições sociodemográficas, culturais e psicológicas das famílias de idosos. No contexto familiar, o cuidado para com o idoso deve ser visto como uma complexidade adicional⁽¹⁶⁾.

Na avaliação da vulnerabilidade, um dos aspectos que deve ser identificado é a capacidade da família em prover o próprio sustento, em relação aos recursos financeiros e materiais, e o apoio mútuo, tanto psicológico e/ou emocional. A presença de crianças e idosos aumenta o número de dependentes no âmbito da família e pode aumentar sua vulnerabilidade⁽²⁾.

A maioria das famílias estudadas apresentou vulnerabilidade aceitável, com exceção de duas que se encontravam em situação de vulnerabilidade muito grave, com destaque para as dimensões acesso ao conhecimento e acesso ao trabalho. Nas 95 famílias em situação de vulnerabilidade grave, os menores escores também recaíram sobre as dimensões acesso ao trabalho e acesso ao conhecimento, assim como para as condições habitacionais, um diferencial nesse grupo de famílias.

O presente estudo corrobora os dados de pesquisa realizada na cidade-satélite de São Sebastião, no Distrito Federal, no qual as famílias também apresentaram como dimensões mais críticas o acesso ao conhecimento e acesso ao trabalho⁽¹⁾.

Na dimensão acesso ao conhecimento, a ênfase recaiu sobre os adultos com atraso em relação ao esperado no acesso ao conhecimento. Os indicadores refletem a importância do nível de educação e da qualidade da ocupação dos trabalhadores do domicílio. A dimensão acesso ao trabalho refere-se essencialmente à presença e qualidade do trabalho, à estabilidade no emprego e à hierarquia (posições de mando ou subalternidade), com peso importante para a remuneração⁽²⁾.

A classificação de alta vulnerabilidade para a dimensão acesso ao trabalho remete à dificuldade de manter um emprego estável e bem remunerado. Neste estudo, 84 idosos relataram que nenhuma pessoa da família estava há mais de seis meses no mesmo emprego. Sabe-se que o trabalho remunerado e estável fortalece os vínculos familiares, pois permite manter a estabilidade da família.

Investigação realizada com idosos institucionalizados em Rosário, Argentina, mostrou que na maioria das vezes os conflitos familiares são decorrentes da ausência de recursos materiais e situam-se entre a preocupação com as necessidades da família e a realização pessoal. A manutenção de vínculos de continuidade e conformidade dentro da família requer do idoso adiar os próprios planos. Em contrapartida, para o idoso, a família é uma garantia contra o medo da perda da autonomia e a dificuldade de tomada de decisão⁽¹⁷⁾.

Nas famílias estudadas, a dimensão que obteve melhor resultado foi a do desenvolvimento infantil, na qual todas se encontravam em situação aceitável de vulnerabilidade. Tal achado pode ser explicado pelo maior incentivo do governo brasileiro à educação infantil e também pode ser um indício de que futuramente as dimensões acesso ao conhecimento e acesso ao trabalho poderão ganhar outras características. Em contrapartida, muitas famílias encontravam-se em situação de vulnerabilidade muito grave na dimensão acesso ao conhecimento, devido ao grande número de idosos e analfabetos, somado aos membros da família com baixo nível de qualificação, envolvidos em atividades remuneradas pouco qualificadas e com baixo poder de decisão.

A dimensão acesso ao conhecimento está relacionada ao alto índice de analfabetismo entre os idosos e à baixa escolaridade dos demais componentes da família, o que acaba por influenciar a dimensão acesso ao trabalho, pois o indivíduo com déficits de conhecimento tem dificuldade para se inserir em uma atividade especializada e tem de aceitar ocupações manuais pouco especializadas, sem garantia de proteção social.

Por isso, há necessidade de incentivos governamentais para a assistência à criança e ao adolescente para que continuem avançando na aquisição de conhecimento, assim como projetos educacionais que atinjam a população de baixa escolaridade, para que esta possa se qualificar e assim ampliar suas possibilidades de emprego e renda.

A escolaridade é um dos determinantes mais conhecidos das condições de saúde. Pessoas com alta escolaridade tendem a adotar comportamentos mais saudáveis e procurar serviços preventivos de saúde. Como dispõem de mais informações, tendem a valorizar de forma diferenciada o cuidado à saúde. Além disso, quanto maior o nível de escolaridade, em geral, maior é o nível de renda, com repercussões positivas nas

condições de vida e de saúde⁽¹⁷⁾. Nesta investigação, a baixa escolaridade foi um dos dados recorrentes, o que sugere que possivelmente esteja na raiz dos demais problemas identificados, como o acesso ao trabalho e às condições habitacionais.

Escolaridade e renda não devem ser vistas apenas sob a ótica de fatores de risco para incapacidade e dependência, mas sim com condições que, quando desfavoráveis, podem limitar as possibilidades de assistência adequada, expondo à família a situação de vulnerabilidade. Baixa renda pode limitar o acesso das pessoas aos cuidados alimentares, sociais e de saúde, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida familiar⁽⁶⁾.

Em síntese, este estudo evidenciou que a maioria dos idosos assistidos por equipes da ESF no município de Dourados residia com outras pessoas, ou seja, com filhos, netos, noras e genros, o que pode ter influenciado o resultado muito grave na dimensão acesso ao trabalho dessas famílias. A presença de pessoas que dependem da renda familiar, como idosos e crianças, aumenta as responsabilidades dos adultos no sustento da família. Por outro lado, os idosos que contam com algum tipo de benefício social contribuem para a geração da renda familiar, o que pôde ser notado na dimensão disponibilidade de recursos das famílias que apresentaram IDF aceitável.

De acordo com dois estudos, um realizado em São Paulo, SP⁽¹⁶⁾ e outro em Belo Horizonte, MG⁽¹⁸⁾, os idosos classificados em situação de alta e muito alta vulnerabilidade social apresentam como características predominantes o sexo feminino, a idade acima de 70 anos, sem cônjuge, com baixa escolaridade e renda de meio a um salário mínimo. Esses dados que mostram que idosos residentes em diferentes estados brasileiros apresentam características semelhantes no que diz respeito às situações de vulnerabilidade.

O Estatuto do Idoso⁽¹⁹⁾, criado pela Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, advoga que a melhoria das condições de vida do idoso pressupõe o reconhecimento do direito das famílias a saúde, educação de qualidade, lazer, cultura e também ao trabalho, com remuneração que permita garantir sua sobrevivência com dignidade. Prover condições dignas de vida para o idoso requer recursos adicionais que permitam às famílias ir além de suprir suas necessidades de sobrevivência.

Uma limitação do estudo decorre de terem sido entrevistadas somente famílias que tinham membros idosos, cuja presença já contribui para aumentar a vulnerabilidade social. Outro viés está relacionado à baixa escolaridade dos idosos, que contribui para escores mais baixos na dimensão de acesso ao conhecimento.

CONCLUSÃO

No Brasil, o aumento da expectativa de vida e consequentemente do número de idosos não foi seguido por políticas públicas capazes de modificar as condições de vida e saúde desse grupo populacional. O país não foi capaz de acompanhar com rapidez a inversão que vem ocorrendo na pirâmide etária e com isso crescem as dificuldades para fazer frente às necessidades de saúde a fim de garantir a qualidade de vida dos idosos.

A garantia dos direitos presentes no Estatuto do Idoso ainda é um horizonte a ser alcançado, pois muitos dos benefícios propostos sequer saíram do papel. É necessário investir em ações intersetoriais que reduzam a vulnerabilidade individual, social e programática das famílias. Isso inclui políticas de melhoria das condições de educação dos jovens e adultos e apoio econômico às famílias, pois os benefícios de que os idosos dispõem estão sendo usados para garantir o sustento das famílias mais vulneráveis e não para suprir as necessidades dos idosos.

Famílias que enfrentam o processo de envelhecimento de um ou mais de seus membros precisam de apoio, em especial, aquelas em situação de vulnerabilidade grave ou muito grave. À medida que o envelhecimento avança, as famílias defrontam-se com idosos progressivamente mais frágeis e

muitas vezes com incapacidades e dependência. Compreender a situação familiar de idosos inseridos em diferentes contextos de vulnerabilidade pode contribuir para o planejamento do cuidado. É mister ainda investir na ampliação da rede social dos idosos e na qualificação de seus cuidadores. Ademais, há necessidade de maior incentivo e capacitação dos profissionais que atuam nas ESF para o atendimento diferenciado a esse grupo populacional.

Os achados desse estudo são consistentes com a literatura e iluminam aspectos importantes acerca da vulnerabilidade de famílias com idosos. Ao fornecer informações sobre as condições de vida e saúde dos idosos de Dourados e suas famílias, esta investigação espera oferecer subsídios às políticas públicas voltadas para esse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

1. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Evaluation of the vulnerability of families assisted in primary care in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 Sep-Oct [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];20(5):935-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/16.pdf>
2. Furtado BA. Índice de vulnerabilidade das famílias: atualização (2003-2009) e recortes geográficos [Internet]. Brasília: IPEA; 2012 [cited 2014 Jul 14]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=15124
3. Rodrigues NO, Neri AL. [Social, individual and programmatic vulnerability among the elderly in the community: data from the FIBRA Study conducted in Campinas, São Paulo, Brazil]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];17(8):2129-39. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/23.pdf> Portuguese.
4. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. [Successful aging and health vulnerability: approaches and perspectives]. *Interface Comun Saude Educ* [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];14(35):867-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop3510> Portuguese.
5. Vieira CPB, Fialho AVM. [Profile of family caregivers of elderly with ischemic cerebrovascular stroke]. *Rev RENE* [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];11(2):161-9. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a18v11n2.pdf Portuguese.
6. Inouye K, Bahram EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. [Relations between social vulnerability and perceptions of family Support and quality of life among elderly people]. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];23(3):582-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n3/19.pdf> Portuguese.
7. Papaléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 11.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [cited 2014 Jul 14]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso>
9. Ministério da Saúde (BR). Prefeitura Municipal de Dourados-MS. Estratégia de Saúde da família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2014 Mar 25]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=03155926000144
10. Carvalho M, Barros RP, Franco S. Índice de desenvolvimento da família. In: Acosta AR, Vitales MAF. *Família: redes, laços e políticas*. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
11. Amendola F, Alvarenga MRM, Gaspar JC, Yamashita CH, Oliveira MAC. [Face validity of an index of family vulnerability to disability and dependence]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];45(2):1736-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/17.pdf> Portuguese.
12. Dawson B, Trapp RG. *Bioestatística básica e clínica*. São Paulo: McGraw-Hill; 2003.
13. Andrew MK, Keefe JM. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BMC Geriatr* [Internet]. 2014 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];14(1):90-117. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/90>
14. Andrew MK, Rockwood K. Social vulnerability predicts cognitive decline in a prospective cohort of older Canadians. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2010 Jul [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];6(4):319-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20630414> DOI: 10.1016/j.jalz.2009.11.001
15. Melchior MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS One* [Internet]. 2013 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];8(1):e54856. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23382989> DOI: 10.1371/journal.pone.0054856

16. Santos AA, Pavarini SCL, Brito TRP. [Profile of elderly people with cognitive alterations in different contexts of social vulnerability]. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];14(3):496-503. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a10.pdf> Portuguese.
 17. Serrani Azcurra DJ. [Resolving real dilemmas in the elderly. A comparative study in an Argentinian community]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];45(6):326-30. Available from: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ibc-82934> Spanish.
 18. Braga LS, Macinko J, Proietti FA, César CC, Lima-Costa MF. [Intra-urban differences in vulnerability among the elderly population]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 18; cited 2014 Jul 14];26(12):2307-15. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n12/09.pdf> Portuguese.
 19. Brasil. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União* 01 out. 2003 [cited 2014 Jul 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
-