

REVISTA GESTÃO & SAÚDE
JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH



<https://10.26512/1679-09442025v16e54620>

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 19.07.2024

Aprovado: 17.09.2024

Artigo Original

Lisane Tuon

ORCID: [0000-0002-0809-0712](https://orcid.org/0000-0002-0809-0712)

Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC

Email: lt@unesc.net

Marcos Bauer Torrian

ORCID: [0000-0001-5890-1539](https://orcid.org/0000-0001-5890-1539)

Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC

Email: marcosbauer@unesc.net

Rafael Zaneripe de Souza Nunes

ORCID: [0000-0002-6195-0400](https://orcid.org/0000-0002-6195-0400)

Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC

Email: rafaelzaneripe.psico@gmail.com

Luciane Bisognin Ceretta

ORCID: [0000-0003-3294-341X](https://orcid.org/0000-0003-3294-341X)

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Email: luk@unesc.net

FATORES DETERMINANTES DE SAÚDE EM UM TERRITÓRIO EM VULNERABILIDADE
FACTORS DETERMINING HEALTH IN A VULNERABLE TERRITORY
FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN UN TERRITORIO VULNERABLE

CRediT

Contribuição de autoria: Concepção, análise, coleta de dados, metodologia, redação - rascunho original e redação – revisão: OLIVEIRA, TORRIANI, Marcos Bauer; NUNES, Rafael Zaneripe de Souza.

Análise, coleta de dados, redação - rascunho original e redação – revisão: TUON, Lisane; CERETTA, Luciane Bisognin.

Conflitos de interesse: Os autores certificam que não há conflito de interesse.

Financiamento: Não possui.

Aprovação de ética: Os autores certificam que não houve necessidade de aprovação de Comitê de Ética.

Uso de I.A.: Os autores certificam que não houve uso de inteligência artificial na elaboração do trabalho

Editores responsáveis: Andrea de Oliveira Gonçalves (Editor-Chefe); Matheus Feliciano Figueiredo (Assistente editorial).

RESUMO

Os determinantes sociais de saúde são considerados fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar na saúde da população, bem como aumentar os fatores de risco, principalmente em territórios de vulnerabilidade socioeconômica. O estudo teve como objetivo analisar a vulnerabilidade familiar da região da estrada de ferro em Criciúma – SC, sendo uma pesquisa quantitativa e transversal, com as famílias residentes na comunidade da estrada de ferro, localizado no bairro Pinheirinho, Criciúma – SC. Para a coleta de dados foi utilizado o questionário sociodemográfico elaborado pelos pesquisadores, Escala de vulnerabilidade social de Coelho Savassi, e Escala de Avaliação de Qualidade de Vida de Crianças e Adolescentes. Encontra-se nos resultados a maioria das crianças do sexo feminino, entre 7 e 11 anos, se denominando branca (45,5%) ou parda (40,9%). Quanto às características dos cuidadores, a grande maioria é a mãe da criança, possuindo ensino fundamental (54,2%). Das análises bivariadas realizadas sobre os fatores socioeconômicos, encontrou-se associação entre as variáveis do critério de classificação econômica Brasil, escolaridade do cuidador e o número de irmãos. Salienta-se a compreensão da vulnerabilidade como um fenômeno dinâmico e multideterminado destaca a necessidade contínua de reflexão e ação para enfrentar os desafios presentes nas comunidades.

DESCRIPTORES: Atenção Primária; Determinantes Sociais de Saúde; Indicadores de Saúde Comunitária. Território Sociocultural; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Social determinants of health are considered social, economic, cultural, ethnic/racial, psychological and behavioral factors that can influence the health of the population, as well as increase risk factors, especially in territories of socioeconomic vulnerability. The study aimed to analyze family vulnerability in the railway region in Criciúma – SC, being a quantitative and cross-sectional research, with families residing in the railway community, located in the Pinheirinho neighborhood, Criciúma – SC. For data collection, the sociodemographic questionnaire prepared by the researchers, the Coelho Savassi Social Vulnerability Scale, and the Quality of Life Assessment Scale for Children and Adolescents were used. The results show that the majority of female children, between 7 and 11 years old, call themselves white (45.5%) or mixed race (40.9%). Regarding the characteristics of caregivers, the vast majority are the child's mother, having primary education (54.2%). From the bivariate analyzes carried out on socioeconomic factors, an association was found between the variables of the Brazil economic classification criterion, the caregiver's education and the number of siblings. The understanding of vulnerability as a dynamic and multi-determined phenomenon highlights the continuous need for reflection and action to face the challenges present in communities.

KEYWORDS: Primary Attention; Social Determinants of Health; Community Health Indicators; Sociocultural Territory; Public Health.

RESUMEN

Los determinantes sociales de salud son considerados factores sociales, económicos, culturales, étnicos/raciales, psicológicos y comportamentales que pueden influir en la salud de población, así como incrementar los factores de riesgo, especialmente en territorios de vulnerabilidad socioeconómica. Estudio tuvo como objetivo analizar la vulnerabilidad familiar en región ferroviaria de Criciúma – SC, siendo una investigación cuantitativa y transversal, con familias residentes en comunidad ferroviaria, ubicada en barrio Pinheirinho, Criciúma – SC. Para recolección de datos se utilizó el cuestionario sociodemográfico elaborado por los investigadores, la Escala de Vulnerabilidad Social de Coelho Savassi y la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida de Niños y Adolescentes. Resultados muestran que la mayoría de las niñas, entre 7 y 11 años, se autodenominan blancas (45,5%) o mestizas (40,9%). En cuanto a las características de los cuidadores, la gran mayoría son la madre del niño, teniendo educación primaria (54,2%). A partir de los análisis bivariados realizados sobre factores socioeconómicos, se encontró asociación entre las variables del criterio de clasificación económica de Brasil, la educación del cuidador y el número de hermanos. La comprensión de vulnerabilidad como fenómeno dinámico y multideterminado resalta la necesidad continua de reflexión y acción para enfrentar los desafíos presentes en las comunidades.

DESCRIPTORES: Atención primaria; Determinantes Sociales de la Salud; Indicadores de Salud Comunitaria; Territorio Sociocultural; Salud Pública.

1 INTRODUÇÃO

No trabalho em territórios onde as condições de vida são precárias, percebe-se uma luta pela sobrevivência e não um gozo da vida já que esses locais oferecem um ambiente hostil com relações impessoais e realização de cuidados de crianças por parentes não pertinentes às suas idades. Nesse caso surge um deslocamento de responsabilidade, configurando um cuidado negligente caracterizado por uma ausência de necessidades físicas e emocionais. Esse deslocamento de responsabilidade qualifica situações de risco, mais encontradas em famílias marginalizadas ou desestruturadas, fomentando ambientes de contradições e de desfavorecimentos ao desenvolvimento saudável da criança ou adolescente⁽¹⁾.

Em um contexto onde a vulnerabilidade social é mais presente junto de uma certa injustiça ocupacional, nasce-se um prejuízo de acesso e poucas oportunidades de passar a ter uma vivência com ocupações fundamentais, ou seja, evidencia-se que a educação ocupa um espaço necessário para o desenvolvimento infantil e juvenil, pois a mesma garante acesso a recursos que serão ou materiais ou simbólicos importantes para além de uma sobrevivência⁽²⁾.

Entendendo esse ponto de vista, Buss⁽³⁾ traz o conceito dos determinantes sociais de saúde para o público supracitado, por mais que, ultimamente a dinâmica de família sugere uma mudança, a ideia de que há fatores relacionados com a qualidade de vida que incluem preceitos básicos de vivência como alimentação regulada, saneamento, habitação entre outros destacando, no processo da promoção da saúde, uma defesa em prol da saúde, seja essa individual ou social. No período da adolescência, por exemplo, percebe-se uma fase em que começam-se a formar comportamentos, personalidade, estilo de vida e outras características, tendo, de extrema importância o ambiente como um dos principais fatores que mais influenciam esses mesmos itens, por isso, deve-se entender o potencial da promoção de saúde durante essas fases da vida. Nesse sentido, levando em consideração a realidade brasileira, o presente estudo tem por objetivo analisar a vulnerabilidade familiar de uma região conhecida como estrada de ferro em Criciúma – SC, no sul do Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente diversas são as definições encontradas para conceituar e explicar o Determinantes Sociais de Saúde (DSS), e para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes são considerados fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar, de forma direta ou indireta, na saúde da população, bem como aumentar os fatores de risco. De forma generalizada, são todas as condições de vida e trabalho do ser humano, que de alguma forma podem interferir na saúde de uma população⁽⁴⁾.

Através da estrutura dos DSS, tem-se a compreensão de como é o meio em que as pessoas vivem e trabalham, e como este meio é responsável por moldar os resultados de saúde, acreditando-se que esses DSS conduzam desigualdades de saúde mundiais, gerando uma

menor expectativa de vida, taxas mais altas de mortalidade infantil e maior carga de doenças entre populações desfavorecidas⁽⁵⁾. Segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead⁽⁶⁾, os DSS são divididos em camadas, onde a camada mais próxima conta com os determinantes individuais de cada ser humano, com suas próprias características, como idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde, e as camadas subsequentes, também chamadas de distais, onde tem-se as redes sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho, e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, situando-se os macro determinantes.

Torna-se assim, os DSS, como foco, sendo a chave para reduzir as disparidades na área da saúde, assim, tornando-se uma prioridade de Organizações tanto internacionais, quanto locais, buscando intervenções que melhorem os resultados de saúde em todo o gradiente social, seja ele na esfera Municipal, Estadual ou Nacional⁽⁷⁾. Uma intervenção adequada e projetada tem a capacidade de reduzir essas disparidades de saúde acima citadas, e oferecer, dessa forma, oportunidades para construir capital social em suas comunidades por meio de redes sociais aprimoradas, confiança e reciprocidade⁽⁸⁾. O desenvolvimento humano tem como fase fundamental o desenvolvimento infantil, período no qual a arquitetura cerebral é moldada mediante as interações entre a genética e influências evidenciadas no contexto em que a criança se desenvolve. Promover saúde na infância pressupõe, portanto, a garantia de um contexto favorável para o desenvolvimento infantil, ou seja, o ambiente e suas influências terão importante impacto para que a criança se desenvolva de maneira saudável. Dessa forma, atentar-se às necessidades ambientais, bem como às peculiaridades manifestas por cada criança, faz-se necessário em um contexto de identificação de necessidades de saúde na infância⁽⁹⁾.

Embora nas últimas décadas tenha sido evidenciada uma importante queda no nível de mortalidade infantil no Brasil, a garantia do direito à vida e à saúde para todas as crianças ainda não foi atingida. Devido às desigualdades sociais e regionais, ainda ocorre um número considerável de mortes que seriam evitáveis mediante políticas públicas que pudessem acessar as populações em situação de vulnerabilidade⁽¹⁰⁾. Crianças pertencentes a grupos economicamente menos favorecidos apresentam maior frequência de atraso no desenvolvimento infantil, e isso se dá, dentre outras razões, em função da forma como as famílias vinculam-se às condições de trabalho e de vida⁽¹¹⁾. A imunização adequada, o crescimento esperado para a idade, o desenvolvimento cognitivo, a alimentação e nutrição adequadas, a saúde bucal, a atenção à prevenção de acidentes, a proteção de crianças às situações de violências, dentre outras necessidades de saúde podem ser evidenciadas em todos os contextos onde crianças se desenvolvem. Contudo, em ambientes vulneráveis socioeconomicamente estratégias com foco na identificação e ação sobre necessidades de saúde que se apresentem com maior grau de intensidade devem ser elaboradas e aplicadas⁽¹⁰⁾.

3 METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza quantitativa e transversal, realizado com as famílias residentes na comunidade da estrada de ferro, localizado no bairro Pinheirinho, Criciúma - SC. A pesquisa está vinculada ao projeto Um Novo Trilho da Saúde, Núcleo de Saúde Coletiva, operado pelo Programa de Residência Multiprofissional e pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNESC. A população do estudo foi composta por famílias residentes na região da estrada de ferro do bairro Pinheirinho localizado em Criciúma-SC, dentro dos critérios de inclusão, sendo eles famílias residentes no trilho que estejam disponíveis a participar do estudo, e serão excluídos do estudo, famílias se mudarem da localidade durante o período de intervenção.

A coleta de dados foi realizada em território e supervisionados pelos professores e pesquisadores da Universidade que estão no projeto. Os questionários utilizados foram questionário sociodemográfico elaborado pelos pesquisadores (com dados do perfil das crianças, da família e da mãe), Escala de vulnerabilidade social de Coelho Savassi, Escala de Avaliação de Qualidade de Vida de Crianças e Adolescentes. Na análise estatística, os dados categóricos foram descritos por prevalências. Dados contínuos foram descritos através de média e desvio padrão. Para análises bivariadas entre variáveis categóricas foi utilizado o valor de p de 0,05 como referência resultante de testes por qui-quadrado. Além disso, os dados foram analisados por meio do *Software Stata 14.0*.

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense com o CAAE: 68699123.0.0000.0119 e autorização da associação de bairros do município onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e carta de aceite. Os residentes do local foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de consentimento livre e esclarecido e Termo de assentimento livre e esclarecido.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Dos achados desta pesquisa, quanto a caracterização das crianças pesquisadas, a maioria é do sexo feminino, tem entre 7 e 11 anos, da cor de pele a maioria denomina-se branca (45,5%) ou parda (40,9%). Quanto à escolaridade, 22,2% está no quinto ano, seguido por primeiro, segundo e terceiro ano, respectivamente, sendo cada um desses 16,7% dos pesquisados. Destaca-se que quanto à autoavaliação da qualidade de vida pesquisado pela Escala de avaliação de qualidade de vida, denominada Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI), todas as crianças possuíram pontuação acima do ponto de corte para qualidade de vida prejudicada (48 pontos).

Tabela 1- Caracterização das crianças do trilho

Variável	Frequência n (%) ou Média $\pm$ E.P.
Sexo	

Feminino	14 (58,3%)
Masculino	10 (41,7%)
Idade	
4-6	6 (25,0%)
7-11	13 (54,2%)
12-15	5 (20,8%)
Média de idade	8,95, $\pm 0,57$
Ponto de corte AUQEI	
Menor 48 pontos	-
Maior 48 pontos	24 (100%)
Escolaridade	
1	3 (16,7%)
2	3 (16,7%)
3	3 (16,7%)
4	1 (5,5%)
5	4 (22,2%)
6	2 (11,1%)
8	2 (11,1%)
Número de irmãos	2,20 $\pm$ 0,35
Cor da Criança*	
Branca	10 (45,5%)
Parda	9 (40,9%)
Preta	3 (13,6%)

* Apenas 22 respostas Fonte: dados da pesquisa,(2023).

Quanto às características dos cuidadores, a grande maioria é a mãe da criança, sendo que em nenhum dos pesquisados o pai foi indicado como cuidador. Mais da metade dos cuidadores possuem idade entre 30 e 50 anos e mais da metade também possuem apenas o ensino fundamental, e todos também apresentam uma percepção sobre as crianças de qualidade de vida positiva, com todas as avaliações com resultados acima dos pontos de corte.

Tabela 2 - Caracterização do Cuidador

Variável	Frequência n (%) ou Média $\pm$ EP
Parentesco do cuidador	
Pai	-
Mãe	23 (93,8%)
Avó	1 (4,2%)
Outro	-
Idade do cuidador	
20 á 30	8 (33,3%)
30 á 50	15 (62,5%)
Mais de 50	1 (4,2%)
Escolaridade do cuidador	
Analfabeto	1 (4,2%)
Ens. Fundamental	13 (54,1%)
Ens. Médio	10 (41,7%)
Ponto de corte AUQEI (percepção do adulto sobre a criança)	
Menor 48 pontos	-
Maior 48 pontos	24 (100%)
Escala de Vulnerabilidade Coelho Savassi	
Baixo Risco	15 (62,5%)

Médio Risco	6 (25,0%)
Alto Risco	3 (12,5%)
Critério de Classificação Econômica Brasil	
A	-
B1	-
B2	-
C1	3 (12,5%)
C2	11 (45,8%)
DE	10 (41,7%)

Fonte: dados da pesquisa, (2023).

Das características familiares gerais, a metade dos pais têm ensino médio completo, enquanto 54,2% das mães possuem o ensino fundamental, têm-se também em cada domicílio uma média de 4,5 pessoas e a renda familiar é cerca de 2.560 reais.

Tabela 3 - Caracterização familiar

Variável	Frequência n (%) ou Média $\pm$ EP
Escolaridade do pai*	
Analfabeto	1 (5,6%)
Ens. Fundamental	8 (44,4%)
Ens. Médio	9 (50,0%)
Escolaridade da mãe	
Analfabeto	1 (4,2%)
Ens. Fundamental	13 (54,2%)
Ens. Médio	10 (41,6%)
Renda familiar	2560 $\pm$ 244,42
Número de residentes no domicílio	4,5 $\pm$ 0.14

*Apenas 18 respostas

Fonte: dados da pesquisa, (2023).

Das análises bivariadas realizadas sobre os fatores socioeconômicos, encontrou-se associação entre as variáveis do critério de classificação econômica Brasil, escolaridade do cuidador e o número de irmãos, as demais não se mostraram associadas a partir das análises de *qui-quadrado*.

Destes resultados têm-se que a maioria dos pesquisados encontra-se em baixo risco, porém, quanto menor a classe social maior são, proporcionalmente, os que se encontram na classificação de alto risco, demonstrando de certo modo a associação entre menor classe social e maior risco a vulnerabilidade.

A análise da escolaridade revela resultados consistentes em relação à vulnerabilidade, pois todos os participantes analfabetos apresentam um alto risco, enquanto, assim como o inverso também é percebido, onde participantes com maior escolaridade estão classificados em categorias de menor risco. A cor do cuidador que poderia estar relacionada à maior vulnerabilidade não se mostrou associada à escala, assim como denota-se que a maior parte dos participantes se encontra classificado com baixo ou médio risco.

Quanto aos achados sobre o número de irmãos, aos que responderam que possuem 5 ou mais irmão, todos estão classificados como alto risco, enquanto que para sem irmão e 1 ou 2 irmãos, ambos apresentam a metade ou a maioria classificada como baixo risco, demonstrado também pelo

valor de p, que realçou a associação entre estas variáveis, impele-se que ao que parece, possuir mais irmãos pode estar relacionado a maior risco para vulnerabilidades.

Tabela 4 – Análise bivariada de fatores socioeconômicos e classificação Coelho Savassi

Critério de Classificação Econômica Brasil	Baixo Risco	Médio Risco	Alto risco	Total
A	-	-	-	
B1	-	-	-	
B2	-	-	-	
C1	0 (0,0%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)
C2	7 (63,6%)	3 (27,2%)	9 (9,01%)	11 (100%)
DE	8 (80,0%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	10 (100%)
				p = 0,014
Escolaridade do cuidador				
Analfabeto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)
Ensino Fundamental	6 (46,6%)	5 (38,5%)	2 (15,4%)	13 (100%)
Ensino Médio	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	10 (100%)
				p = 0,018
Idade do cuidador				
20-30	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)	8 (100%)
30-50	9 (60,0%)	3 (20,0%)	3 (20,0%)	15 (100%)
Mais de 50	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
				p = 0,568
Cor da criança				
Branca	6 (60,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	10 (100%)
Parda	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0 (0,0%)	9 (100%)
Preta	2 (66,7%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	3 (100%)
				p = 0,438
Cor do cuidador				
Branca	7 (63,6%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	11 (100%)
Parda	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)	8 (100%)
Preta	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
				p = 0,721
Número de irmão				
Sem irmãos	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)
1 a 2	11 (68,8%)	5 (31,2%)	0 (0,0%)	16 (100%)
3 a 4	3 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)
5 ou mais	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)	3 (100%)
				p = 0,000
Renda familiar				
Menos que um salário mínimo	2 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (50,0%)	4 (100%)
1 a 2 salários mínimos	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	9 (100%)
Mais que 3 salários mínimos	6 (54,5%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	11 (100%)
				p = 0,096

Fonte: dados da pesquisa, (2023).

Apesar da renda não estar associada à vulnerabilidade em nosso estudo, podemos salientar que, dos achados descritivos, dos participantes que relataram renda menor que um salário mínimo, metade destes também foram classificados como de alto risco segundo a escala. Porém, observa-se também que, ter maior renda não necessariamente implica em menor vulnerabilidade, uma vez que quase 10% dos que relataram terem mais de 3 salários mínimos estão categorizados como de alto risco.

O estudo da vulnerabilidade familiar é de suma importância para a ação e ordenação dos serviços da rede, tendo em vista que a sua classificação pode auxiliar na priorização de determinados tipos de ações e intervenções no território, reforçando um dos princípios do Sistema Único de Saúde, no caso, a equidade⁽¹²⁾. Após a execução de entrevistas no território objeto da presente pesquisa, foi possível constatar significativa estratificação entre as famílias acompanhadas, sendo possível observar que parte delas encontra-se em situação de vulnerabilidade, o que por si só justifica o método utilizado, já que tal, mais uma vez, comprovou que se presta a classificar a vulnerabilidade familiar e consequentemente orientar políticas para sua mitigação⁽¹³⁾.

Portanto, percebe-se a aplicabilidade da análise dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) no campo da Saúde Coletiva, uma vez que os DSS se articulam enquanto fatores de vulnerabilidade. Nesse sentido, os DSS expressam em maior ou menor detalhe o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos se articulam diretamente com seu estado de saúde⁽⁴⁾. De acordo com o presente estudo, a vulnerabilidade tem associação com o critério de renda Brasil, sendo a classe de alto risco, considerada a mais vulnerável, também a classe DE, com renda mais baixa, porém, na mesma classe DE, se apresentam pessoas com baixo risco de vulnerabilidade, entretanto, cabe destacar que as pessoas da classe C1 apresentaram todos médio risco, devendo tal situação ser tratada pontualmente pelo poder público, com adoção de medidas pontuais levando-se em conta as particularidades de cada localidade, que devem ser sempre muito bem definidas⁽¹⁴⁾.

No que tange a qualidade de vida das crianças do território, no presente estudo não foi possível encontrar crianças que estivessem no ponto de corte da escala AUQEI, não apresentando no momento comprometimento quanto a esse constructo avaliativo. Entretanto, sabe-se que crianças e adolescentes que se encontram em vulnerabilidade social, em conjunto com sua família, podem apresentar prejuízo significativo em seu bem-estar e saúde mental, sendo expresso através do sofrimento emocional⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, particularidades também puderam ser observadas, uma vez que a maior parte das crianças entrevistadas têm as mães como principal cuidadora (93,8%), sendo que em apenas um caso (4,2%) a principal cuidadora era avó da criança entrevistada, e em nenhuma oportunidade o pai figurava como principal cuidador da criança, o que apenas vem exemplificar que a vulnerabilidade não atinge apenas perspectivas socioeconômicas, mas também contempla outros campos inclusive mais complexos, incluindo questões de gênero. Além disso, quando analisada a escolaridade dos cuidadores, pode-se observar dados consistentes em relação à

vulnerabilidade, onde os cuidadores classificados analfabetos apresentam um alto risco de vulnerabilidade, enquanto, os participantes com maior escolaridade estão classificados em categorias de menor risco, a complexidade na produção das desigualdades escolares em grandes cidades do país, são indícios de determinados aspectos que dizem respeito à moradia, às representações sociais, a falta das políticas educacionais, e de investimento público, que em um contexto desfavorável, acaba por gerar práticas desvantajosas para as populações mais pobres que vivem nos territórios mais vulneráveis, sendo necessárias mudanças profundas na implementação das políticas educacionais⁽¹⁷⁾.

Destaca-se também a associação entre número de irmãos e alto risco de vulnerabilidade, sendo aos que possuem 5 ou mais irmãos, classificados como alto risco, enquanto que para sem irmão e 1 ou 2 irmãos, ambos apresentam a metade ou a maioria classificada como baixo risco. No estudo de Reis et al.⁽¹⁷⁾ a proposta de comparar o indicador renda per capita com as dimensões de desenvolvimento e autonomia, convívio familiar, comunitário e social, observou que, na dimensão desenvolvimento e autonomia, famílias com renda per capita > R\$500,00 tinham pessoas com mais de 60 anos morando sozinhas, quando comparadas a famílias com renda menor, já os domicílios com menor renda apresentaram maiores percentuais de pessoas entre 4 e 15 anos de idade que não estudavam, e cujo responsável trabalhava de modo temporário, ou seja, com um maior número de pessoas em uma mesma moradia, tem-se a diminuição da renda per capita, e um aumento da vulnerabilidade social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a compreensão da vulnerabilidade como um fenômeno dinâmico e multideterminado destaca a necessidade contínua de reflexão e ação para enfrentar os desafios presentes nas comunidades, visando melhorar a qualidade de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

1. Poletto M, Koller SH, Dell'Aglío DD. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:455-466. doi: [10.1590/S1413-81232009000200014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200014).
2. Gago-Galgagno LG, Passarini LA, Elgier ÁM. Vulnerabilidade social e comunicação verbal e não-verbal na primeira infância. Revisão sistemática. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2022;20(1):188-209. doi: [10.11600/ricsnj.20.1.4711](https://doi.org/10.11600/ricsnj.20.1.4711).
3. Buss PM. Promoção da saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2001;1:279-282. doi: [10.1590/S1519-38292001000300010](https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000300010).
4. Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2007 Apr;17(1):77-93. doi: [10.1590/s0103-73312007000100006](https://doi.org/10.1590/s0103-73312007000100006).
5. Alegria M, et al. Social Determinants of Mental Health: where we are and where we need to go.

Current Psychiatry Reports. 2018 Sep 17;20(11):0-0. Springer Science and Business Media LLC. doi: [10.1007/s11920-018-0969-9](https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9).

6. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Institute for future. Stockholm, 1991.

7. Krisberg K. Healthy People 2020: abordando os determinantes sociais da saúde: informações solicitadas da força de trabalho de saúde. The Nation's Health. 2008;38(10):1–25.

8. Hunter BD, Neiger B, West J. The importance of addressing social determinants of health at the local level: the case for social capital. Health & Social Care In The Community. 2011 May;19(5):522-530. doi: [10.1111/j.1365-2524.2011.00999.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.00999.x).

9. Souza JM, Veríssimo MLÓR. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 Nov;23(6):1097-1104. doi: [10.1590/0104-1169.0462.2654](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654)

10. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

11. Oliveira CVR, et al. Desigualdades em saúde: o desenvolvimento infantil nos diferentes grupos sociais. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2019;53. doi: [10.1590/S1980-220X2018037103499](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018037103499).

12. Peres J, et al. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22:1905-1911. doi: [10.1590/1413-81232017226.00702016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.00702016).

13. Carmo G. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. 2018;2-14. doi: [10.1590/0102-311X00101417](https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417).

14. Política Nacional de Atenção Básica, Série de Impactos Pela Saúde. 2006.

15. Souza LB, Panúncio-Pinto MP, Fiorati RC. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2019;27:251-269. doi: [10.4322/2526-8910.ctoAO1812](https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812).

16. Ribeiro VM, Vóvio CL. Desigualdade escolar e vulnerabilidade social no território. Educar em Revista. 2017 Sep;2:71-87. doi: [10.1590/0104-4060.51372](https://doi.org/10.1590/0104-4060.51372).

17. Reis CD, et al. Indicadores de vulnerabilidades sociais de famílias residentes em territórios adscritos à Estratégia Saúde da Família. Revista de Enfermagem da Ufsm. 2023 Aug 18;13. Universidade Federal de Santa Maria. doi: [10.5902/2179769272165](https://doi.org/10.5902/2179769272165).

BIOGRAFIA OU CURRÍCULO DOS AUTORES

Lisane Tuon. Graduação em Fisioterapia - Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Brasil (1999). Especialização em Fisioterapia Ortopédica- Universidade do Estado de Santa Catarina, UDESC, Brasil (2001). Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Brasil (2005). Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Brasil (2008).

Marcos Bauer Torrian. Graduação em Educação Física pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2020). Pós-graduação pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (2021-2023) Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (2022).

Rafael Zaneripe de Souza Nunes. Bacharel em Psicologia (2017), Especialista em Saúde Coletiva (2020), Mestre em Saúde Coletiva (2021) e Doutorando em Saúde Coletiva (2023).

Luciane Bisognin Ceretta. Graduação em Enfermagem (1991). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999). Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC (2011), local em que atua como docente. Graduação em Direito (em andamento) na UNESC