

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA 2013-2015

**NAScer EM BELO HORIZONTE: UMA ANÁLISE DO ÍNDICE DE
VULNERABILIDADE SOCIAL À SAÚDE DAS PUÉRPERAS.**

Belo Horizonte
2015

KARINA CRISTINA ROUWE DE SOUZA

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de
Residência em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Profa. Dra. Livia de Souza
Pancrácio de Errico

Belo Horizonte
2015

RESUMO

Introdução: A assistência à gestante está estruturada contemplando ações de prevenção, promoção e tratamento adequado dos problemas que podem surgir durante a gestação. Embora tenha ocorrido uma redução nas taxas de mortalidade materna e neonatal, percebe-se que essas ainda sofrem variações dentro do território nacional influenciadas pelas diferenças socioeconômicas e culturais. Assim, entende-se que os estados de saúde tem sua variabilidade relacionada com a estratificação social, que, por sua vez, está estruturada na distribuição desigual de poder. A organização desses fatores que influenciam as condições de vida e de trabalho das pessoas, nos chamados Determinantes Sociais da Saúde (DSS) permitiu a ampliação do escopo da análise dos efeitos desses fatores sobre a saúde. **Objetivo:** Este estudo propõe avaliar a vulnerabilidade social das puérperas participantes da pesquisa Nascer-BH: Inquérito sobre Parto e Nascimento, conduzida entre 2011 e 2013. **Metodologia:** Esta é uma análise secundária de dados oriundos da pesquisa Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento, conduzida entre 2011 e 2013. Foram selecionadas 11 variáveis baseado-se no modelo de Dahlgren e Whitehead. Para permitir a comparação e agregação dos dados, foi realizada uma conversão das variáveis em escores, onde os valores mais próximos ou iguais a zero representa maior vulnerabilidade, quanto mais distante de zero menor a vulnerabilidade. As variáveis foram distribuídas em três dimensões, Individual, Familiar, Econômica, a partir da somatória dos escores das dimensões foi construído Índice de vulnerabilidade Social à Saúde. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número 0246.0.203.000-11. A realização do estudo seguiu os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo as normas e diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Os menores escores foram alcançados por mulheres pretas, sem ocupação que possuem menos anos de estudo e que são responsáveis pela família. Neste estudo percebemos que a educação, a assimetria de gênero e a raça influenciam diretamente a vulnerabilidade das mulheres, sendo preponderantes para a melhoria na qualidade da atenção a saúde. **Descritores:** Gestação, vulnerabilidade Social, vulnerabilidade em saúde Enfermagem.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1-INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2-OBJETIVO GERAL..... | 9 |
| Avaliar a Vulnerabilidade Social a Saúde das puérperas participantes da pesquisa Nascer- BH. 9 | |
| 2.1 Objetivos específicos: | 9 |
| 3-MÉTODO | 10 |
| 3.1 Tipo de estudo | 10 |
| 3.2 Critérios de inclusão..... | 11 |
| 3.3 – Análise de dados..... | 11 |
| 3.3.1- Análise descritiva | 11 |
| 3.3.2- Construção do Índice de Vulnerabilidade | 12 |
| 4 - RESULTADOS | 15 |
| 5 - DISCUSSÃO..... | 20 |
| 6-REFERÊNCIAS..... | 23 |

1-INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, a realidade obstétrica e neonatal do Brasil tem demonstrado alguns avanços. No período entre 1990 a 2010 ocorreu uma redução da mortalidade materna de 141 para 68 óbitos por 100 mil nascidos vivos, representando uma queda de 51% (BRASIL, 2012). A redução da mortalidade materna é um dos Objetivos do Milênio e a meta acordada entre as nações é uma diminuição da taxa de mortalidade materna em três quartos, o que representaria 35 ou menos óbitos por mil nascidos vivos. O Brasil, entretanto, mesmo com as reduções alcançadas, ainda não conseguirá atingir esta meta.

Segundo o Ministério da Saúde a melhoria da assistência materna e neonatal deve-se iniciar no pré-natal finalizando-se com o atendimento puerperal (BRASIL, 2012). A assistência à gestante deve ser estruturada contemplando ações de prevenção, promoção e tratamento adequado dos problemas que podem surgir durante a gestação. Nesta perspectiva é necessário que seja garantido a ampliação do acesso e da cobertura dos serviços de atenção à gestante, parturiente e puérpera, bem como, assegurar a qualidade da assistência oferecida. Este é o principal objetivo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que também orienta a revisão das ações de cuidado para que estas ocorram dentro do princípio de humanização, na perspectiva dos direitos de cidadania. A humanização significa a reafirmação do compromisso dos profissionais de saúde com o cuidado que mantenha a dignidade da mulher, de seus familiares e do recém-nascido. Para isto, estimula a atitude ética e solidária, de modo a criar um ambiente acolhedor que rompa com o distanciamento entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

O PHPN também propõe a organização da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Entre as atividades de atenção propostas destaca-se que o início do pré-natal deve ocorrer até o quarto mês de gestação e que sejam feitas no mínimo seis consultas. Em relação ao puerpério orienta a realização de pelo menos uma consulta até 42 dias após o nascimento (BRASIL, 2002). Entretanto, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher, apenas em 77% das gestações realizou-se um mínimo de seis consultas, e, em 61% dos nascimentos a mulher fez uma consulta após parto. A pesquisa também revelou que as diferenças sociais influenciaram na assistência recebida, assim, mulheres com 12 ou mais anos de estudo apresentaram cinco vezes mais chances de realizarem a consulta puerperal do

que as não escolarizadas. Além disso, os grupos étnico-raciais, brancas e negras, apresentaram diferentes resultados, onde as mulheres brancas tiveram 34% mais chance do que as mulheres negras de fazer uma consulta puerperal. Outra disparidade encontrada relacionou-se ao fato da proporção de mulheres assistidas pelo Sistema Suplementar ser maior do que aquelas assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 65% e 32% respectivamente (BRASIL, 2006).

Neste cenário, onde a utilização dos serviços alcança níveis adequados, pois 98,4% dos partos ocorreram em hospitais, espera-se uma correspondente melhoria nos resultados maternos e perinatais (BRASIL, 2006). Entretanto, isto não tem sido observado, o que nos lança um desafio em direção à compreensão de quais fatores interferem nestes resultados além daqueles relacionados ao acesso e à qualidade da atenção oferecida. A consulta de pré-natal, por exemplo, não deve se restringir a solicitação de exames, aplicar vacinas e realizar medidas antropométricas, ela é também o momento no qual a mulher e a família precisam ser informadas, empoderadas para realizar suas escolhas e tomar suas decisões em relação ao processo do parto e nascimento. Além disso, compreensão dos fatores sociais, econômicos envolvidos no ciclo gravídico, aproxima o profissional da mulher, da família permitindo compreender contexto familiar e assim fundamentando estratégias de atuação.

A distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços tem relação com o acesso a cuidados de saúde, a educação, ao trabalho e ao lazer. As diferenças nos estados de saúde em inúmeras situações devem ser compreendidas como iniquidades em saúde, uma vez que são desigualdades injustas, isto é, que poderiam ser evitadas (CDSS, 2010). Desta forma, consegue-se presumir que a estratificação social que ocorre em função das diferentes características socioeconômicas, conformadoras de cada grupo social encontra correspondência na distribuição da prevalência das doenças. A abordagem desta questão no pré-natal implica que os profissionais movimentem outros conhecimentos e reelaborem suas estratégias de atuação. Para isto, o profissional necessita analisar a tecitura social, os fatores culturais e socioeconômicos que impactam sobre a saúde, e, a partir desse conhecimento, construir propostas de intervenção junto à mulher e sua família.

Nos últimos anos, a análise dos fatores socioeconômicos e culturais sobre a saúde tem-se aprofundado a partir da discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Tarlov (1996) foi o primeiro a empregar o termo de forma sistemática, identificando quatro

categorias de determinantes da saúde: fatores genéticos e biológicos; atenção médica; comportamento individual; e as “características sociais dentro das quais a vida se dá”. A partir da relação entre as condições de vida, trabalho, educação e situações de saúde dos grupos sociais, rediscute-se as desigualdades em saúde. O principal desafio dos estudos sobre as relações entre os DSS é conseguir estabelecer a complexa relação sobre como as condições de saúde da população é determinada pelas políticas públicas, ambiente, relações sociais, educação, emprego, estilo de vida entre outros. Essa relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS, 2007).

Sobretudo o desafio se encontra em traçar estratégias de intervenção para minimizar as iniquidades. Nesse sentido tem se estabelecido um debate sobre a compreensão de como as condições e os processos sociais podem ser traduzidos em experiências individuais de doença. A desigualdade social e econômica por si mesma poderia ser vista como um determinante da condição de saúde para todos os membros da sociedade. Assim, se poder-se-ia esperar que qualquer sociedade mais igualitária que possua um dado nível de renda apresente melhores condições de saúde do que sociedades menos igualitárias. (MARMOT M, 1999; KAWACHI I, 2002). As evidências que surgem a respeito dos determinantes sociais podem contribuir para a formulação de políticas públicas capazes de induzir a promoção da justiça social (MACKENBACH J, 2002).

De fato, no cotidiano da atenção à saúde, percebe-se que existe uma dificuldade dos profissionais de saúde em ampliar ou inovar as estratégias de cuidado que considere as múltiplas influencias sociais econômicas e ambientais para além da doença. Como resultado, observa-se um descompasso entre ações de cuidado e as necessidades de atenção, com os “pacientes” mantendo as suas dificuldades de adesão aos tratamentos propostos. A disseminação, no âmbito do trabalho em saúde, de estudos que evidenciam a relação do processo de saúde e doença com a inserção social dos indivíduos e dos grupos populacionais, ainda não implicou na concomitante revisão das práticas de atenção à saúde, embora já tenha contribuído para a construção de políticas públicas. As ações de saúde permanecem ora no âmbito curativo e na perspectiva intervencionista, ora refletem a imponderabilidade da sua impotência em criar condições reais de apoio e de recuperação. Nesta perspectiva, a inclusão de novos elementos associados à determinação social da saúde poderá subsidiar as estratégias de intervenção e reorientar as ações do cuidado. Sobretudo no ciclo gravídico e puerperal em

que se tem repensado o modelo de assistência, porém na minha prática obstétrica ainda percebo a necessidade de se discutir a influência dos determinantes sociais da saúde sobre a saúde das mulheres. Desta forma, este estudo propõe avaliar a vulnerabilidade social das puérperas participantes da pesquisa Nascir-BH.

2-OBJETIVO GERAL

Avaliar a Vulnerabilidade Social a Saúde das puérperas participantes da pesquisa Nascer-BH.

2.1 Objetivos específicos:

Realizar conversão das variáveis em escores

Construir o Índice de Vulnerabilidade Social a saúde.

3-MÉTODOS

A pesquisa Nacer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento, conduzida entre 2011 e 2012, foi um estudo observacional, seccional, de base hospitalar, seguido do acompanhamento das puérperas. Seu objetivo foi estudar os desfechos do parto para a gestante e para o recém-nascido e as variáveis intervenientes sociodemográficas. No estudo foram incluídas as puérperas que tiveram como produto da concepção recém-nascidos com 22 semanas gestacionais ou mais e ou mais de 500g de peso ao nascer. Todas as 14 maternidades de Belo Horizonte foram convidadas a participar do estudo, sendo que 11 maternidades aceitaram o convite. O que representa um universo de 78,5% das maternidades do município.

A população do estudo foi amostrada com base em desfechos adversos, da ordem de 1% para parto vaginal. O nível de significância foi de 5% ($\alpha=0,05$), com poder do teste de 80% ($\beta=0,20$) e para detectar diferenças de 3% entre os grupos comparados. O número de puérperas incluídas, em cada maternidade, foi proporcional ao número de partos ocorridos.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, realizada a pelo menos 6 horas após o parto, e análise do prontuário da puérpera. A entrevista incluiu perguntas sobre as condições de vida, o pré-natal e assistência ao parto. A análise do prontuário buscou informações referentes à saúde da mulher, ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. As variáveis utilizadas no estudo foram agrupadas em relativas à gestante, à assistência à saúde e aos resultados obstétricos e perinatais. Para cada maternidade a coleta ocorreu durante um período de 7 dias, com vistas a incluir todos os dias da semana, inclusive feriados.

3.1 Tipo de estudo

Esta é uma análise secundária dos dados da pesquisa Nacer em BH, para a construção de um indicador composto, denominado índice de Vulnerabilidade Social à Saúde, que refletisse as condições de vida das puérperas que participaram da pesquisa. Os indicadores compostos são medidas que sintetizam diferentes variáveis num único indicador para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas. O método de construção deste índice foi baseado na metodologia desenvolvida para o cálculo do Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) da população do município de Belo Horizonte (PBH, 2013).

3.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo, todos os casos que possuíam informações sobre anos de estudo do responsável pela família. No total dos 1088 casos da pesquisa foram incluídos 991 casos.

3.3 – Análise de dados

3.3.1- Análise descritiva

Para a análise descritiva foram selecionadas as variáveis com poder discriminatório das desigualdades sociais e, potencialmente, capazes de retratar as condições de vida das mulheres. Essas variáveis foram selecionadas, baseado no modelo explicativo de Dahlgren e Whitehead (BUSS, 2007), que propõe a divisão dos DSS em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes, conforme dispõe a figura abaixo.

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: CNDSS (2008).

Assim, foram selecionadas 11 variáveis, sendo 5 categóricas e 6 contínuas a saber: Ocupação (trabalho remunerado): sim e não; Raça/cor (autodeclarada): negra (preta + pardas) e brancas (brancas + amarelas); Moradia (proxi condição de moradia: banheiro de uso exclusivo da família) : sim e não; Situação marital: com companheiro e sem companheiro; Idade (em anos): 11-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, ≥ 40 ; Anos de estudo da puérpera: nenhum, < 9 anos, 9 a 13 anos, > 13 anos; Anos de estudo do responsável pelo domicílio: nenhum, < 9 anos, 9 a 13 anos, > 13 anos; Classificação econômica (segundo critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP); Número de pessoas na residência: 1-3, 4-5, ≥ 6 ; Número de filhos (valor proxi filhos vivos = número de filhos que nasceram vivos – número de filhos que nasceram vivos e morreram): 1-3; 4-5; ≥ 6 .

A classificação econômica foi realizada utilizando-se os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. A partir de um sistema de pontos atribuiu-se valores de acordo com os bens de consumo possuídos pelos indivíduos. Esta classificação permite estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” e renda (ABEP, 2015).

3.3.2- Construção do Índice de Vulnerabilidade

Na segunda etapa foram construídos os indicadores que entraram na composição do Índice de Vulnerabilidade Social à Saúde das puérperas, as variáveis selecionadas foram agrupadas em três dimensões, orientadas pelo modelo de Dalghren e Whitehead, de forma a caracterizar as condições individuais, familiares e econômicas. Assim, criou-se a dimensão Individual, que representa as características pessoais e a dimensão Familiar, relacionada às características e organização da família. Na dimensão Econômica foram incluídas as variáveis capazes de descrever a situação econômica e de moradia das mulheres. As dimensões e suas variáveis componentes estão descritas no quadro III.

Quadro III – Dimensões do Índice de Vulnerabilidade Social à Saúde da puérpera e suas variáveis componentes

| Variáveis | Dimensão | ÍNDICE DE VULNERABILIDADE |
|--|-------------|---------------------------|
| Idade Ocupação Raça/etnia Anos de estudo da mulher | Individuais | |
| Número de filhos Situação marital Responsável familiar | Familiares | |
| Moradia Classificação econômica Anos de estudo do responsável Número de pessoas na residência | Econômica | |

Em seguida, as variáveis indicadoras foram padronizadas em uma escala de valor comum para que estas pudessem ser comparadas. Para as categorias das variáveis categóricas

foi atribuído o valor "0" ou "1", sendo "0" a situação de maior vulnerabilidade e "1" a de menor vulnerabilidade. A atribuição destes valores foi fundamentada em revisão de literatura, principalmente, nos estudos sobre os determinantes sociais da saúde que avaliaram como os determinantes isoladamente ou em conjunto aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos quando expostos às situações adversas ou de risco (CNDSS, 2008; LAVINA.L, et al 2006; MANO.P.S, et al, 2011; ROCHA. P.R, et al, 2015; ZIONI.F, WESTPERAL.M.F, 2007.) A atribuição de valor para as categorias da variável raça/cor considerou as informações do relatório socioeconômico da mulher no Brasil, que identificou como as mulheres pretas estão em situação de maior risco social do que a mulher branca. Assim, atribuiu-se o valor "0" para a categoria das mulheres pretas, uma vez que estas são mais vulneráveis. Para a variável moradia, considerou-se a presença de banheiro de uso exclusivo da família como um indicador próxi das condições da moradia, assim, à ausência e banheiro compartilhado foi atribuído o valor "0" e para a presença o valor "1".

Para a variável situação marital outorgou-se o valor "0" para a categoria "sem companheiro", podendo a mulher ser viúva, separada ou solteira e o valor "1" para a categoria "convivem com o companheiro", neste caso sendo a mulher casada ou em união estável. O responsável familiar foi agrupado em duas categorias, "puérpera" e "outros". A categoria "puérpera como responsável pelo domicílio" indica próxi da dependência da família recebendo valor "0". A variável ocupação avaliou se a entrevistada realizava alguma atividade remunerada. Sendo assim, para aquelas que realizavam alguma atividade remunerada foi atribuído valor "1". Abaixo, no Quadro IV estão os valores atribuídos:

Quadro IV: Variáveis, suas categorias e valores atribuídos

| VARIÁVEIS | CATEGORIAS | VALORES |
|--------------------------|-------------------------|----------------|
| Raça/etnia | Preta | 0 |
| | Branca | 1 |
| Ocupação | Não | 0 |
| | Sim | 1 |
| Moradia | Não | 0 |
| | Sim | 1 |
| Situação Marital | Sem companheiro | 0 |
| | Convive com companheiro | 1 |
| Responsável pela família | Mulher | 0 |
| | Outros | 1 |

As variáveis contínuas, a saber, idade, anos de estudo, classificação socioeconômica, número de pessoas na residência e número de filhos, foram padronizadas para permitir a comparação e análise entre as mesmas, segundo a fórmula abaixo:

$$\text{VALOR CONVERTIDO} = \frac{\text{valor real} - \text{valor mínimo}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}}$$

Exemplo: valor convertido para a idade de 15 anos = $15 - 14 / 55 - 14 = 1 / 41 = 0,024$

Quadro V: Valores atribuídos aos Indicadores e ao Índice de Vulnerabilidade Social

| INDICADORES | VALORES | DIMENSÃO |
|--|-------------------------|--|
| Anos de estudo da mulher | Valor Convertido 0-1 | Individual |
| Idade | | |
| Raça/etnia | | |
| Ocupação | | |
| Número de filhos | Valor Convertido 0-1 | Familiar |
| Situação marital | | |
| Responsável familiar | | |
| Anos de estudo do responsável | Valor Convertido 0-1 | Econômica |
| Classificação econômica | | |
| Num. de pessoas na residência | | |
| Condição da moradia | | |
| Σ dos Escores Condição Individual, Condição Familiar, Condição Econômica | | ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL À SAÚDE |

Para cada Dimensão foi gerado um escore e a somatória de todos os escores compôs o escore do Índice de Vulnerabilidade Social. Para os resultados foram geradas tabelas e gráficos de dispersão. Utilizou-se o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15 e Microsoft Excel 2010.

O estudo, Nacer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número 0246.0.203.000-11. A realização do estudo seguiu os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo as normas e diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4 - RESULTADOS

A população deste estudo foi composta por 991 mulheres, que na sua maioria eram pretas, com idade entre 20 e 34 anos e com pelo menos 9 anos de estudo. Em relação à situação familiar, a maior parte delas informaram viver com um companheiro, possuíam de 1 a 3 filhos e em 46,6% dos casos não realizavam nenhuma atividade remunerada., Em apenas 14,7% das famílias a mulher era a responsável pelo domicílio, no restante dos casos (85,3%) a responsabilidade foi atribuída a outra pessoa, podendo esta ser o marido, o pai, a mãe, outros familiares ou até mesmo, amigos. O responsável possui até 13 anos de estudo na maioria dos casos e são família constituídas por 1 a 3 pessoas. As moradias eram em sua maioria boas, considerando que apenas 1,5% delas não possuía um banheiro para o uso exclusivo da família. Abaixo, na tabela 1 apresentamos os resultados descritos acima.

Tabela 1: Distribuição das mulheres segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, Belo Horizonte 2011-2012.

| | n | % |
|------------------------------------|-----|------|
| RAÇA/COR | | |
| Branca | 287 | 28,9 |
| Preta | 704 | 71,1 |
| IDADE | | |
| 14-19 | 112 | 11,3 |
| 20-24 | 202 | 20,4 |
| 25-29 | 256 | 25,8 |
| 30-34 | 250 | 25,2 |
| 35-39 | 127 | 12,8 |
| >40 | 44 | 4,4 |
| ESCOLARIDADE | | |
| Nenhum | 3 | 0,3 |
| Até 8 anos de estudo | 278 | 28,0 |
| 9 a 13 anos | 611 | 61,7 |
| > 13 anos | 99 | 10,0 |
| SITUAÇÃO MARITAL | | |
| Com companheiro | 725 | 73,2 |
| Sem companheiro | 266 | 26,8 |
| TRABALHO REMUNERADO | | |
| Não | 462 | 46,6 |
| Sim | 525 | 53,4 |
| RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO | | |
| Mulher | 146 | 14,7 |
| Outros | 845 | 85,3 |
| MORADIA | | |
| Não | 15 | 1,5 |
| Sim | 976 | 98,5 |
| ESCOLARIDADE DO RESPONSÁVEL | | |
| Nenhum | 12 | 1,2 |
| Até 8 anos de estudo | 407 | 41,1 |
| 9 a 13 anos | 561 | 56,6 |

| | | |
|---------------------------------------|-----|------|
| > 13 anos | 11 | 1,1 |
| NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO | | |
| 1 a 3 pessoas | 637 | 64,3 |
| 4 a 6 pessoas | 306 | 30,9 |
| Acima de 6 pessoas | 48 | 4,8 |
| NÚMERO DE FILHOS | | |
| 1 a 3 filhos | 907 | 91,5 |
| 4 a 6 filhos | 79 | 8,0 |
| Acima de 6 filhos | 5 | 0,5 |

A tabela 2 apresenta os valores máximos, mínimos e a mediana de cada dimensão e do Índice de vulnerabilidade. Os menores valores obtidos, representam mulheres em sua maioria pretas, com baixa escolaridade, sem ocupação, sem companheiro e não possuiu banheiro de uso exclusivo da família.

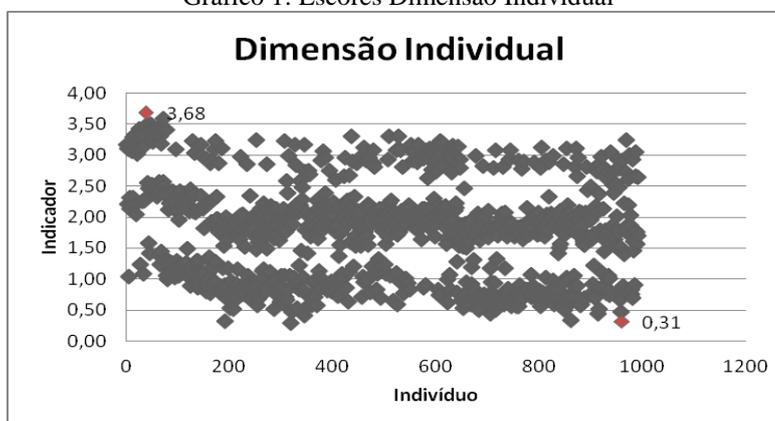
Tabela 2 : Valores dos escores das Dimensões e do Índice de Vulnerabilidade Social a Saúde

| | Mínimo | Mediana | Maximo |
|-----------------------|--------|---------|--------|
| Individual | 0,31 | 1,73 | 3,68 |
| Família | 0,00 | 1,22 | 2,44 |
| Social | 0,51 | 2,12 | 2,95 |
| Índice de Vul. Social | 1,63 | 5,54 | 8,44 |

Abaixo apresentamos gráficos de dispersão com os resultados dos Indicadores do índice de vulnerabilidade. Em cada gráfico destacamos dois pontos que representam o maior e o menor valor do escore na categoria e em seguida caracterizamos os indivíduos.

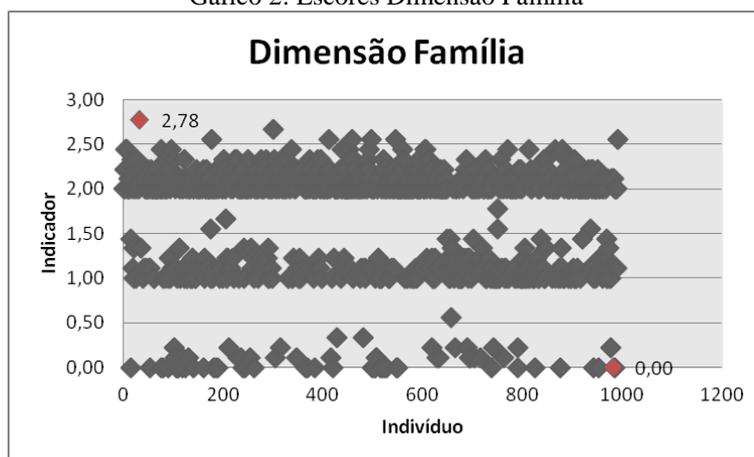
A dimensão individual que foi estruturada considerando-se a idade, etnia, o número de anos de estudo da mulher e a sua ocupação teve seu maior escore o valor de 3,68. Este escore foi atribuído a uma puérpera de 33 anos, branca, com 17 anos de estudo e que possui um trabalho estável. O menor escore, 0,31, foi obtido para uma mulher de 15 anos, preta, com 5 anos de estudo e que não trabalhava.

Gráfico 1: Escores Dimensão Individual



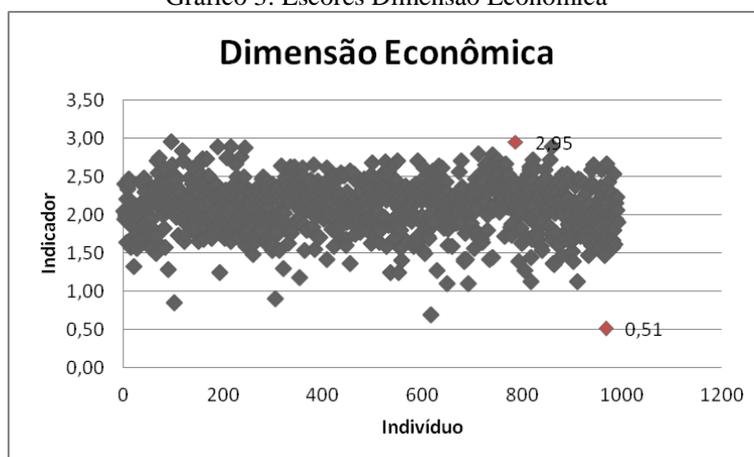
A partir do número de filhos, situação marital e responsável pelo domicílio construiu-se a dimensão familiar. Nesta dimensão o valor 0,00 foi o resultado de várias mulheres, a que identificamos no gráfico representou a que convivia com o companheiro, possuía um filho e ela própria era a responsável pelo domicílio. O valor 2,78 foi atribuído à puérpera que convivia com companheiro, possui três filhos e o companheiro era o responsável pelo lar.

Gafico 2: Escores Dimensão Família



A dimensão econômica foi construída a partir das variáveis escolaridade do responsável, classificação econômica, número de pessoas nas residencia e condições de moradia. O valor 2,95 foi alcançado pela puérpera que convivia com mais três pessoas no domicílio, possuía 15 anos de estudo, o domicílio possuía banheiro próprio e a família foi classificada na categoria economica A ou B. O menor valor representa puérpera que convivia com duas pessoas no domicilio, possuía oito anos de estudo, e o banheiro era de uso exclusivo da família que foi classificada na categoria econômica C.

Gráfico 3: Escores Dimensão Econômica



Para Índice de Vulnerabilidade Social à saúde o menor valor que foi alcançado, “1,63”. O caso destacado no gráfico obteve maior escore na dimensão social, mais especificamente na variável classificação econômica e menor na dimensão individual, na variável raça. Já o índice “8,44”o menor valor foi alcançado na dimensão família, na variável número de filhos e maior na dimensão individualna variável anos de estudo. Percebemos que a maior concentração de valores está entre “4” e “7”. No histograma foi apresentada a distribuição do Índice de Vulnerabilidade Social à Saúde. Os indivíduos dentro de 1 desvio padrão da média poderiam ser classificados como não vulneráveis e os abaixo de 1 desvio padrão da média como muito vulneráveis. os indivíduos dentro da média menos 1 desvio padrão são os vulneráveis, representam 18% e os dentro da média mais um desvio padrão são os de baixa vulnerabilidade 14,8%.

Gráfico 4: Índice de Vulnerabilidade Social

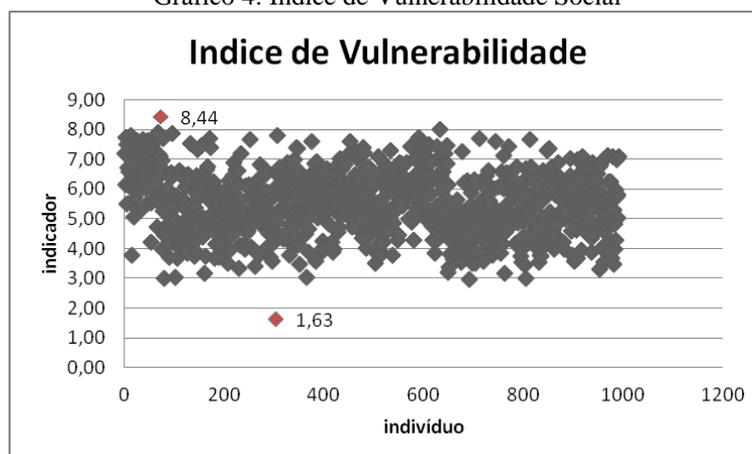
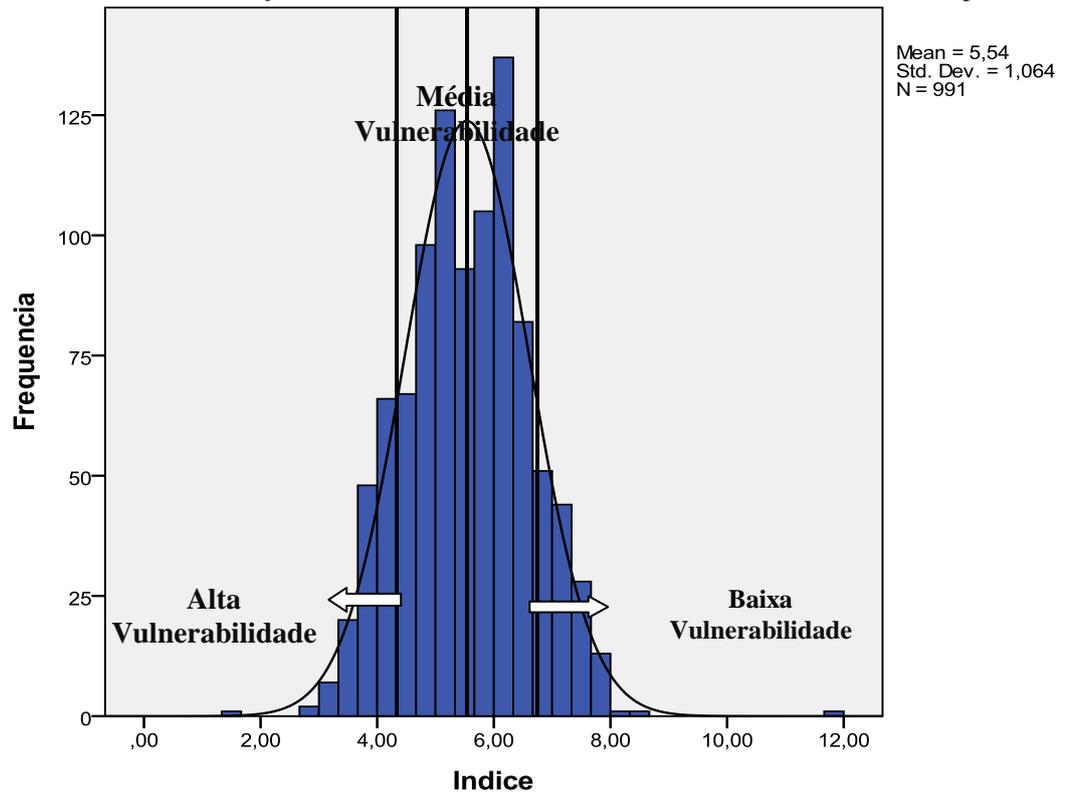


Grafico5: Distribuição normal do Índice de Vulnerabilidade Social a Saúde das Puerperas.



5 - DISCUSSÃO

Propor uma discussão sobre os determinantes sociais de saúde e mais especificamente, na saúde da mulher nos remete a vários desafios. Destacamos a princípio a metodologia utilizada, por ser inovadora na área da saúde da mulher. A construção de um indicador composto visa expor a existência de uma desigualdade, atribuída a uma distribuição desigual de recursos e oportunidades entre os indivíduos e grupos localizados no espaço. Quantificar a vulnerabilidade social dessas mulheres aproxima da causa das iniquidades, possibilita traçar estratégias de intervenção e efetivação na educação, nas políticas trabalhistas, nas condições de vida, nos direitos humanos e como consequência na saúde. A construção do indicador representa um importante recurso para deixar mais perceptível uma tendência ou fenômeno não imediatamente detectável através dos dados isolados, além de informar sobre o progresso em direção a uma determinada meta. A partir dos indicadores é possível medir a relação entre qualidade de vida, ambiente e saúde que envolve importantes aspectos técnicos e políticos. O indicador é um elemento de legitimação dos discursos a respeito de uma determinada realidade que se pretende retratar. (BARCELLOS, 2002) A partir deste estudo foi possível observar a relação complexa de determinação social entre as diversas áreas que impactam a saúde. Permitiu quantificar as diferenças e observar seu impacto nos indicadores. Além disso, a construção do índice de vulnerabilidade possibilitou quantificar em alta ou baixa vulnerabilidade permitindo assim, vislumbrar estratégias de atuação de acordo com as situações de maior ou menor vulnerabilidade. Embora não seja um elemento explicativo ou descritivo representa uma informação pontual no tempo e no espaço, cuja integração e evolução permitem o acompanhamento dinâmico da realidade. Portanto, para os gestores, os indicadores são ferramentas essenciais no processo de tomada de decisões; para a sociedade, são instrumentos importantes para o controle social (SOBRAL, 2010)

A *priori* percebemos neste estudo, a assimetria nas relações de gênero que reflete a situação da mulher no Brasil. As famílias chefiadas por mulheres está em condições mais desfavorável, este fator pode ser atribuído as diferenças salariais entre homens e mulheres, a serem as únicas responsáveis pelo sustento familiar. A organização social desta sociedade é pautada em um modelo determinista que ainda reserva para as mulheres o espaço privado. Embora esteja ocorrendo uma mudança na conformação das famílias, crescendo o número de famílias chefiadas por mulheres, elas ainda permanecem desenvolvendo seu papel de

cuidadoras do lar, dos filhos dependentes de terceiros para seu sustento ou exercendo a “dupla jornada de trabalho”, sendo essa última algumas vezes causa de adoecimento. Na problemática da interface família/carreira, é importante não esquecer o papel das mulheres na família, nomeadamente nas relações afetivas com os seus parceiros, já que estas, em muitas situações, condicionam as opções de vida, ou estão na origem de uma vivência estressante do quotidiano (NOGUEIRA, 2009).

Quando são as responsáveis pela família, ocupam espaços desfavorecidos e aparecem em maior vulnerabilidade. Muitas mulheres abdicam da sua carreira profissional em favor da família, muitas vezes pela ausência creches próximas ao trabalho, outras pela dificuldade de conciliar ambas as atividades. Analisando o mercado de trabalho percebemos que sua estrutura e organização fundamenta-se nas necessidades masculinas, desconsiderando as particularidades do universo feminino (BIROLI, 2014).

O tempo que as mulheres dedicam aos afazeres domésticos é significativamente maior do que aquele dedicado pelos homens, independentemente da condição na família, da escolaridade, da renda ou condição social (BONETTI, 2007).

Quando acrescentamos a etnia nessa discussão, observamos as pretas em situações mais desfavoráveis, reforçando um estigma centenário o de preta, pobre e analfabeta. Neste estudo as mulheres pretas embora representassem a maioria, também receberam o menor escore no Índice de Vulnerabilidade. A análise da pobreza com base em desigualdades de gênero e cor/raça demonstra níveis de pobreza muito elevados entre a população negra em geral, com piores níveis entre as mulheres negras. A comparação da situação de pobreza das mulheres com a dos homens aponta que o sexo tem alguma relação com a condição de pobreza da população. Entretanto, a comparação da situação de brancas/os e negras/os mostra que a questão racial desempenha papel fundamental na situação da pobreza. Em particular, as famílias chefiadas por mulheres com filhos tendem a apresentar maiores índices de pobreza. Assim, associando estas diversas variáveis, as mulheres negras e as famílias por elas chefiadas tendem a serem as mais vulneráveis à situação de pobreza (BRASIL, 2013).

Ressaltamos também a influencia da educação sobre a situação de vulnerabilidade dos indivíduos, sendo que investimentos nesta área afetam diretamente na melhora do estado de saúde e na qualidade da atenção a saúde. Em nosso estudo os indivíduos com menor escolaridade obtiveram menor escore, influenciando diretamente no Índice vulnerabilidade. A educação é um bem coletivo essencial para a promoção da cidadania e apresenta um visível

impacto nas condições gerais de vida da população, o que a torna cada vez mais imprescindível para a inserção social plena. Além disso, a educação é reconhecidamente a principal mediadora de oportunidades existentes nas sociedades democráticas, participando de forma inequívoca na determinação dos rendimentos do trabalho e da mobilidade social. Nesse sentido, a elevação do nível educacional da população e a maior igualdade no acesso à educação de qualidade devem ser objetivos prioritários da sociedade (IBGE, 2014). A Comissão dos DSS (2010) reconhece a importância crítica da educação para a igualdade na saúde. A educação, formal, quer informal, é entendida como um processo em longo prazo, que começa logo ao nascer.

Essa temática nos parece inextinguível e aponta para a necessidade de aprofundamento. O estudo dos DSS nos aproxima de uma realidade multifatorial e indica a definição de políticas públicas que visam impactar a saúde da população. Contudo existe uma lacuna entre as proposições políticas e a prática. Ressaltamos a necessidade de inserir o profissional de saúde, nessa discussão. Sendo principal agente de mudanças o profissional necessita, sobretudo reconhecer o cenário no qual está inserido, bem como a influência do seu papel para a mudança nas condições de saúde dos indivíduos.

6-REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa <http://www.abep.org/criterio-brasil>

BARROS, A. J. D. et al . Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 4, p. 635-643, Aug. 2011 .

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Índice de Vulnerabilidade da Saúde Belo Horizonte-2012**. Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre os determinantes sociais da saúde**. Brasília, DF; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, DF; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.444 pg.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013. 170 p.

BUSS, P. M; PELLEGRINI, F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007 .

COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010. 24p.

COMISSÃO SOBRE DETERMINATES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da comissão nacional sobre os determinantes sociais da saúde, 2008. 216p.

Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 10/Ago/2015.

KAWACHI, I; SUBRAMANIAN, S.V; ALMEIDA – FILHO N. A glossary for health inequalities. **Journal of Epidemiology & Community Health**, Sept, 2002, Vol.56(9), p.647(6).

LAVINAS, L. Atividade e vulnerabilidade: quais os arranjos familiares em risco? **Dados-Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 49, núm. 1, 2006, pp. 67-97.

MACKENBACH, J; BAKKER, M. Reducing Inequalities in Health: A European perspective. London: **European Public Health Association** Volume 15, Issue 2, 1 April 2005

MANO, P. S. et al. Iniquidade na assistência à gestação e ao parto em município do semiárido brasileiro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 4, p. 381-388, Dec. 2011

MIGUEL, L.F; BIROLI, F. **Feminismo e Política: uma introdução**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2014. 164p.

NOGUEIRA, C. As Mulheres na liderança Números, ambiguidades e dificuldades: **Guião de Educação. Género e Cidadania**, Portugal, Lisboa, CIG, 2009.

ROCHA, P. R; DAVID, H. M; Scherlowski L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Brasil, v. 49, n. 1, p. 129-135, fev. 2015.

SOBRAL, A; FREITAS, C.M. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.19, n.1, p.35-47, 2010.

TARLOV, A. Social Determinants of Health: The sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). **Health and social organization**. London: Routledge: 71-93 1996.

WILKINSON, R; MARMOT, M. Social Determinants of Health: **The solid facts**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista da Teoria Social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.