

Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?

Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care?

Alba Idaly Muñoz Sánchez¹
Maria Rita Bertolozzi²

Abstract *The term vulnerability has been frequently used in scientific literature, especially after the 80's, in some epidemiologic studies, mainly focusing the risk perspective. The purpose of this article is to review the vulnerability concept through a systematic study of national and international circulation newspapers, to support knowledge and practices in the collective health care field. Furthermore, it indicates how this concept has been revisited in studies conducted in Brazil, mentioning issues which support the structural dimension of reality, linking them to the needs of a program for patients, health care users and their families. It is important to study the vulnerability concept due to the fact that an understanding of this concept will contribute to support the delivery of care, of collective health care including individual health care programs and health care policies.*

Key words *Vulnerability, Public health, Risk factors*

Resumo *O termo vulnerabilidade tem sido usado freqüentemente na literatura científica, especialmente após a década de 80, em vários estudos epidemiológicos, principalmente focalizado para a perspectiva de risco. Este artigo tem por objetivo apresentar uma revisão sobre o conceito de vulnerabilidade, a partir de um estudo sistemático em periódicos de circulação nacional e internacional, para subsidiar o conhecimento e a prática da Saúde Coletiva. Apresenta, ainda, como no Brasil esse conceito tem sido revisitado, incorporando questões que sustentam a dimensão estrutural da realidade, articulando-a às necessidades que emanam do plano singular, que se refere aos usuários de saúde/pacientes e suas respectivas famílias. A importância de se estudar o conceito de vulnerabilidade reside no fato de que pode embasar as práticas de saúde, neste caso de Saúde Coletiva, integrando os planos relativos aos indivíduos, aos programas e às políticas de saúde.*
Palavras-chave *Vulnerabilidade, Saúde coletiva, Fatores de risco*

¹ Escola de Enfermagem,
Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Enéas de Carvalho
Aguiar 419, Consolação.
05403-000 São Paulo SP.
edualla@yahoo.com

² Universidade de São Paulo

Aproximações ao conceito de vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade tem sido bastante empregado nos últimos anos, expressando distintas perspectivas de interpretação. Wisner¹ analisa o conceito sob a perspectiva da vulnerabilidade que as pessoas/populações podem apresentar em caso de exposição a acidentes extensivos, como terremotos. O autor aponta que a vulnerabilidade e a capacidade são lados de um mesmo processo, pois a primeira está intimamente relacionada à capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo pode apresentar. Argumenta, ainda, que o nível socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade também se relacionam a esse processo, pois repercutem sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, os quais, por sua vez, potencializam ou diminuem a vulnerabilidade.

Dilley e Boudreau² empregam o termo na área de nutrição, definindo-o como a possibilidade de sofrer danos e a capacidade para o seu enfrentamento. Nessa abordagem, defende-se a necessidade de se identificar: quem, por que e em que nível os grupos são vulneráveis.

Numa outra perspectiva, Kalipeni³ aponta que Watts e Bohle, em 1993, propuseram uma estrutura tripartite para constituir uma teoria sobre a vulnerabilidade, que consiste em *entitlement*, *empowerment* e política econômica. A vulnerabilidade é definida na intersecção desses três poderes, sendo que *entitlement* refere-se ao direito das pessoas; *empowerment*, o empoderamento, que se refere à sua participação política e institucional; e a política econômica, se refere à organização estrutural-histórica da sociedade e suas decorrências. Desse modo, a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional. Ao multifatorializar a vulnerabilidade, acrescenta, ainda, que a vulnerabilidade depende do local e do clima, restringindo-se, portanto, à dimensão geográfica³. Especificamente na área da saúde, o quadro analítico da vulnerabilidade emerge no começo da década 80, como possibilidade de interpretação à epidemia da AIDS, na perspectiva de reconceituar a tendência individualizante da doença. Assim, Delor e Hubert⁴ apresentam uma matriz heurística, construída a partir de pesquisa realizada com pessoas portadoras do HIV/AIDS, na Bélgica, em 1997. Os resultados da investigação são analisados sob três

dimensões: trajetória social, interação e contexto social. A trajetória social refere-se às diferentes etapas que as pessoas atravessam no curso da vida, assim como as condutas assumidas nesse curso. A dimensão relativa à interação refere-se à relação entre os indivíduos e o contexto social e incorpora os fatores econômicos, políticos e culturais, numa dada sociedade, assim como as várias maneiras de atuação e de relação entre os indivíduos. Esses níveis podem ser analisados desde dois ângulos, objetiva e subjetivamente (o que os autores denominam como dimensão sócio-simbólica). A análise final que se apresenta propõe a construção de processos de identidade e de vulnerabilidade dos indivíduos estudados.

Nessa mesma linha, Mann *et al.*⁵, no livro "Aids no mundo", apresentam uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. Segundo os autores, o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia. Deste modo, é importante considerar outros fatores que podem influenciar tal controle no âmbito individual. Propõem uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social. O primeiro refere-se à auto-avaliação, através de perguntas, para se verificar o conhecimento, os comportamentos, o *status* social e o acesso à informação, avaliando-se como pode ocorrer a transmissão da doença. A vulnerabilidade coletiva refere-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Finalmente, os autores propõem a aplicação de um sistema de escores, que classificam a vulnerabilidade como alta, média e baixa. Nessa perspectiva, enfatizam a necessidade de que os indivíduos se responsabilizem pela prevenção da doença, imputando aos mesmos essa tarefa.

Segundo Paris⁶, o modelo original, proposto por Mann *et al.*⁵, apresenta-se impregnado da tradição norte-americana de pesquisa social, ao focalizar o âmbito individual segundo aspectos comportamentais e cognitivos. Paris⁶ apresenta um estudo sobre vulnerabilidade à Aids, numa perspectiva psicossocial, a partir da população de mulheres acometidas. Apresenta uma decodificação do conceito em: vulnerabilidade relacionada aos fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso à serviços; vulnerabilidade relacionada aos aspec-

tos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade e a vulnerabilidade na esfera da significação, que integra o conceito de risco e a maneira como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história.

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann *et al*⁵, Ayres *et al*⁷, no Brasil, apontam que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a **vulnerabilidade individual**, do contexto social ou **vulnerabilidade social** e do programa de combate à doença, no caso a AIDS, ou **vulnerabilidade programática**.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Explicando melhor, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como **locus** de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades⁷.

O marco conceitual que propõe o autor difere do marco inicial proposto por Mann *et al*⁵, pois Ayres *et al*⁷ não enfatiza excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual. Para esse autor, a unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo. Nessa perspectiva, propõe a sua operacionalização através da Vulnerabilidade Individual, que se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a Vulnerabilidade Social, que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e a Vulnerabilidade Programática, que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção⁷.

Cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, além da AIDS. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade.

Nesse sentido, o modelo propõe construir políticas voltadas às necessidades dos seres humanos, trabalhar com as comunidades e realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade.

Entende-se, portanto, a partir dessa última perspectiva apresentada, o conceito de vulnerabilidade como um convite para renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade. Isso permite o repensar sobre as práticas, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos⁸.

Este último conceito de vulnerabilidade traz implícita, ainda, a intervenção e exige a adoção de um marco referencial diverso do utilizado historicamente pela Epidemiologia Clássica. Desse modo, a vulnerabilidade não nega o modelo biológico tradicional, muito pelo contrário, reconhece, mas busca superá-lo. Vale lembrar que o modelo privilegia, como unidade analítica, o plano do coletivo, e que a estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico, que busca a interpretação crítica dos dados. Essa perspectiva analítica amplia o horizonte para além da abordagem que se restringe à responsabilidade individual, que é empregada, tradicionalmente, em vários estudos que analisam o papel da pessoa na trama da causalidade. Ademais, incorpora o trabalho participante com a população, de maneira a contribuir para que esta seja "sujeito de sua vida"⁹.

Outros autores também têm feito uso do conceito de vulnerabilidade para a explicação de certos processos, como Palma e Mattos¹⁰, que definem o conceito de vulnerabilidade social, relacionando-o a processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação. É necessário destacar que essa abordagem é muito similar à proposta conceitual de Ayres, pois envolve aspectos que dizem respeito à dimensão estrutural, quando os autores se reportam aos processos de exclusão social, e relativos às dimensões particular e singular, quan-

do fazem menção à capacidade de reação dos indivíduos/grupos sociais, para o enfrentamento da doença.

Especificamente em relação à operacionalização do conceito de vulnerabilidade, Figueiredo e Ayres¹¹ apresentam um processo de intervenção comunitária para a redução da vulnerabilidade de mulheres às doenças de transmissão sexual, numa favela de São Paulo. Os autores verificaram que as estratégias que respondiam às necessidades e interesses da comunidade, além daquelas que respondiam às representações sobre essas enfermidades, tiveram sucesso, o que mostra a importância de se aproximar à população e conhecer suas necessidades, já que é a partir dela que se podem encontrar alternativas de intervenção às vulnerabilidades.

Com o intuito de analisar o curso da epidemia da AIDS, nos últimos dez anos, Paiva *et al.*⁹ discutem a necessidade de superação das noções de “grupo de risco” e de “comportamentos de risco” em relação à doença. Os autores mostram as importantes contribuições que os trabalhos, sob a ótica da vulnerabilidade, têm aportado em relação à educação e à saúde. Alguns destaques que os autores apontam são o trabalho junto à população, fomentando a solidariedade, através de processo mútuo de aprendizagem entre os profissionais de saúde e a população.

Um exemplo de operacionalização do conceito de vulnerabilidade

Partindo-se do conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres⁸ e alicerçadas na interpretação da saúde-doença como processo social, Muñoz Sánchez e Bertolozzi¹² analisaram como se processava a vulnerabilidade à tuberculose, num grupo de estudantes universitários. Com base em critérios da Sociedade Americana Torácica e do Centro para o Controle de Doenças (CDC)¹³, as autoras construíram uma matriz, utilizando categorias e definindo escores de vulnerabilidade: média e alta. As categorias utilizadas foram: menção à contato com portadores de tuberculose, procedência de países e/ou de regiões do Brasil com taxas de tuberculose maiores que 30, uso de drogas e dormir em local com mais de três pessoas. Essas categorias foram analisadas em conjunto com outras, que se referem à vulnerabilidade individual e social, verificando-se também como fundamentais a situação de empregabilidade dos pais e dos próprios alunos, o acesso à informação, as crenças religiosas, as possibilidades de aces-

so ao lazer, dentre outras, que minimizam ou potencializam a vulnerabilidade à tuberculose.

No mesmo estudo, Muñoz Sánchez e Bertolozzi¹² analisaram a Vulnerabilidade Programática, com relação à unidade de saúde que era referência para o grupo de alunos estudados. Verificou-se que a dificuldade de acesso ao serviço de saúde se constituiu como importante marcador de vulnerabilidade.

Algumas questões que podem apoiar as práticas de Saúde Coletiva

O modelo de vulnerabilidade que interliga os aspectos individuais, sociais e programáticos reconhece a determinação social da doença e se coloca como um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade. Assim, é mister superar estudos que restringem as análises à perspectiva da multifatorialidade e ocultam a complexidade das verdadeiras causas da doença. A Teoria da Determinação Social apreende a saúde-doença como uma síntese do conjunto de determinações e que acaba por resultar em riscos ou potencialidades, que se evidenciam em perfis ou padrões saúde-doença. Deste modo, essa Teoria analisa como, em última instância, os fatores estruturais estão vinculados à emergência de processos saúde-doença, diferentes na sua expressão, de acordo com a inserção de classe dos indivíduos¹⁴.

A abordagem na perspectiva da determinação social da saúde-doença e que o modelo de vulnerabilidade apresentado incorpora¹² aponta para a necessidade da transdisciplinaridade, o que é fundamental quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, na medida em que a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teórico-metodológicos, sob pena de reduzir as ações a “tarefas” pontuais, de caráter emergencial, que não modificam a estrutura da teia de causalidade.

Vale enfatizar que a interpretação da saúde-doença, além de se apoiar nos processos de produção e de reprodução social, não deve descolar-se da dimensão subjetiva, que diz respeito às representações/significados que os indivíduos atribuem a fatos e à vida em si, o que acaba por refletir-se nos comportamentos e atitudes das pessoas.

Assim, a vulnerabilidade deve levar em conta a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado. Ao propor outras perspectivas

de abordagem, como a programática e a social, permite a integralização da análise da situação de saúde e de diferentes possibilidades de intervenção, sempre contemplando a participação dos indivíduos.

Para intervir em situações de vulnerabilidade é imperativo o desenvolvimento de ações que envolvam “resposta social” que, segundo Ayres *et al.*⁷, diz respeito à participação ativa da população na procura solidária de estratégias passíveis de execução e de encaminhamento/equacionamento de problemas e de necessidades de saúde.

Considerações finais

Verifica-se que a vulnerabilidade supera o marco do conceito de **risco**, tradicionalmente empregado no âmbito da Epidemiologia Clássica, pois este, segundo Ayres⁸, designa “[...] **chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico**”. Assim, em saúde têm-se utilizado o conceito de “risco” como instrumento de caráter probabilístico para orientar as atividades de intervenção em saúde, o que suscitou a Ayres¹⁵ alertar sobre a necessidade de revisitar a relação entre risco e intervenções em saúde, salientando que os “objetos” em saúde são sujeitos e apontando nas limitações desse conceito o seu caráter “objetivista” e “analítico-discriminativo”.

Já o conceito de **Vulnerabilidade**, novo, em processo de construção, supera o caráter indivi-

dualizante e probabilístico do clássico conceito de “risco”, ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas.

A Saúde Coletiva pode amplamente valer-se dessa última perspectiva apresentada, o que permite um avanço nas alternativas concretas de intervenção. Coloca-se como potencial instrumento para a transformação das práticas de saúde. As possibilidades de leitura das necessidades dos indivíduos, a partir do conceito ampliado de vulnerabilidade, coloca à Saúde Coletiva, na medida em que incorpora práticas cuja essência é o cuidado ao indivíduo-coletivo, a possibilidade de apoiar os sujeitos sociais no que diz respeito aos seus direitos, fato que, na atual conjuntura de saúde e de desenvolvimento do país, se constitui como um desafio a ser perseguido e concretizado.

Assim, enfatiza-se que a operacionalização do conceito de vulnerabilidade pode contribuir para renovar as práticas de saúde coletiva, nas quais o cuidado às pessoas deve ser responsabilidade de diferentes setores da sociedade, através da multidisciplinariedade, além de conjugar diversos setores da sociedade, todos querendo e construindo projetos, “cuidando” da população, tendo como base que “[...] **a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde**”¹⁵.

Colaboradores

AIM Sánchez procedeu à revisão bibliográfica e redação do artigo. MR Bertolozzi orientou a sua elaboração.

Agradecimentos

As autoras agradecem ao CNPq pelo apoio no desenvolvimento do estudo.

Referências

1. Wisner B. Marginality and vulnerability. *Appl Geogr* [serial on the Internet]. 1998 Jan [cited 2001 Ago 10]; 18(1):[about 9 p.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science>
2. Dille M, Boudreau TE. Coming to terms with vulnerability: a critique of the food security definition. *Food Policy* 2001; 26(3):229-47.
3. Kalipeni E. Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective. *Soc Sci Med* [serial on the Internet.]. 2000 Apr [cited 2001 Nov 11]; 50(7/8):[about 19 p.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science>
4. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept vulnerability. *Soc Sci Med* [serial on the Internet]. 2000 Jun [cited 2002 Jun 10];50(11):[about 20 p.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science>
5. Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.
6. Paris SMJ. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. *Folha Médica* UNIFESP 1999; 18(1):41-5.
7. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
8. Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Rev Psicol USP* [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2003 Ago. 12];13(1):[cerca de 20 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>
10. Palma A, Mattos UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *Hist Ciênc Saúde Manginhos* [periódico na Internet]. 2001 Set./Dez. [acessado 2003 Jan 5];8(3):[cerca de 23 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>
11. Figueiredo R, Ayres JRCM. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4):1-17.
12. Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Conhecimentos e atitudes sobre a tuberculose por estudantes universitários. *Bol Campanha Nacional Contra Tuberculose* 2004; 12(1):19-26.
13. Curley C. New guidelines: what to do about an unexpected positive tuberculin skin test. *Clev Clin J Med* 2000; 70(1):49-55.
14. Breilh J. *Epidemiologia economia, política e saúde*. São Paulo: Hucitec; 1991.
15. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Rev C S Col* 2001; 6(1):63-72.

Artigo apresentado em 28/01/2005

Aprovado em 26/06/2006

Versão final apresentada em 06/09/2006