

Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva

THE VULNERABILITY AND THE COMPLIANCE IN COLLECTIVE HEALTH

LOS CONCEPTOS DE VULNERABILIDAD Y DE ADERENCIA EN LA SALUD COLECTIVA

Maria Rita Bertolozzi¹, Lucia Yasuko Izumi Nichiata², Renata Ferreira Takahashi³, Suely Itsuko Ciosak⁴, Paula Hino⁵, Luciane Ferreira do Val⁶, Mônica Cecília de La Torre Uguarte Guanillo⁷, Érica Gomes Pereira⁸

RESUMO

Os conceitos de Vulnerabilidade e Adesão têm sido foco de debate na Saúde Coletiva. É desafio posto pela Saúde Coletiva, propiciar tecnologias, dispositivos e instrumentos que apoiem a construção de práticas qualificadas, para responder às necessidades dos grupos sociais. Na produção do conhecimento, tem buscado inovar no desenvolvimento de instrumentos que apoiem a captação da realidade de vida e saúde e que auxiliem na leitura das necessidades e no desencadeamento e sustentação de projetos de intervenção que produzam o impacto desejado: atender os grupos sociais que mais carecem de apoio para conquistar autonomia para viver a vida com qualidade e a consecução do auto-cuidado, no cenário da equidade e da justiça social. O artigo apresenta aspectos das categorias analíticas Adesão e Vulnerabilidade, quanto à proposição de marcadores/ indicadores para o seu monitoramento, o que pode contribuir para o adensamento do conceito e para a prática do processo de produção à saúde.

DESCRIPTORIOS

Vulnerabilidade.
Grupos de risco.
Saúde pública.
Adesão ao medicamento.

ABSTRACT

The Vulnerability and the Compliance are concepts that have being focus of debate in the Collective Health field. The challenge of the Collective Health is to promote technologies, and tools to support qualified actions, and to answer to the social groups' needs, looking for the innovation of the instruments to apprehend the reality and to develop interventions that could produce impacts: attending these social groups who needs support to conquer autonomy in the self-care. This article presents aspects of the analytic categories Compliance and Vulnerability, proposing indicators for monitoring it, in order to contribute to the development of the concepts as to the health production process.

KEY WORDS

Vulnerability.
Risk groups.
Public health.
Medication adherence.

RESUMEN

Los conceptos de Vulnerabilidad y Adhesión han sido foco de debate en la Salud Colectiva. El desafío puesto por este campo, de propiciar tecnologías, dispositivos e instrumentos que apoyen la construcción de prácticas calificadas, para atender a las necesidades de los grupos sociales, ha constituido el terreno donde se elabora el conocimiento, buscando la innovación en el desarrollo de instrumentos que apoyen la captación de la realidad, apoyen la lectura de las necesidades y en el desencadenamiento y sustentación de proyectos de intervención que produzcan el impacto deseado: atender los grupos sociales que más carecen de apoyo para conquistar autonomía para vivir la vida con calidad y la consecución del auto-cuidado, en el escenario de la equidad y de la justicia social. El artículo presenta aspectos de las categorías analíticas Adhesión y Vulnerabilidad, en cuanto a la proposición de indicadores para su monitoreo, lo que puede contribuir para el desarrollo del concepto y para las prácticas en el proceso de producción a la salud.

DESCRIPTORIOS

Vulnerabilidad.
Grupos vulnerables.
Salud publica.
Adhesión al tratamiento.

¹ Enfermeira. Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mrbertol@usp.br ² Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. izumi@usp.br ³ Enfermeira. Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rftakaha@usp.br ⁴ Enfermeira. Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. siciosak@usp.br ⁵ Enfermeira. Pós-Doutoranda Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. paulahino@yahoo.com.br ⁶ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. lucianedoval@gmail.com ⁷ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mdguanilo@usp.br ⁸ Enfermeira. Técnica de Laboratório do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. egpereira@usp.br

INTRODUÇÃO

O artigo trata de dois conceitos que tem se constituído como objeto de reflexão no âmbito do Grupo de Pesquisa *Vulnerabilidades, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva*: a vulnerabilidade e a adesão às práticas de intervenção. Iniciar-se-á pelo conceito de Vulnerabilidade.

A CATEGORIA ANALÍTICA VULNERABILIDADE

O termo *vulnerabilidade* é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde. Os descritores utilizados pela Bireme apresentam vulnerabilidade como o grau de suscetibilidade ou de risco a que está exposta uma população em sofrer danos por desastres naturais. Inclui, ainda, a relação existente entre a intensidade do dano e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente. Contempla, também, a probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre.

Tais definições são bastante abrangentes e, apesar de conterem a idéia de *risco*, cabe a distinção entre vulnerabilidade e risco. O sentido do risco é central nos estudos de epidemiologia: conecta-se à idéia de identificação de pessoas e de características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde, com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social. Integra, desta forma, a probabilidade e as chances de grupos populacionais de adoecerem e morrerem por algum agravo de saúde⁽¹⁾.

Já a vulnerabilidade, tem como propósito, trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada, em que os nexos e mediações entre esses processos sejam o objeto de conhecimento. Diferentemente dos estudos de risco, as investigações conduzidas no marco teórico da vulnerabilidade buscam a universalidade e não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência. Assim a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a *toda e cada indivíduo*⁽¹⁾.

Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer⁽²⁾.

O surgimento da epidemia da aids desencadeou um movimento, por parte de pesquisadores e profissionais da saúde, para repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade. Originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Humanos, o termo Vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania⁽³⁾.

No âmbito da pesquisa em enfermagem, o conceito é importante, pois está relacionado, intrinsecamente, à saúde e aos problemas de saúde⁽⁴⁻⁷⁾. Assim, a relevância do conhecimento sobre a vulnerabilidade aos agravos de saúde, reside nas implicações que produz na saúde daqueles que são vulneráveis e, conseqüentemente, na identificação das suas necessidades de saúde, com o propósito de lhes assegurar proteção⁽⁷⁾.

No conceito de vulnerabilidade está implícito o caráter multidisciplinar. E isto é fundamental, quando se trata de problemas e 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 à *tarefas* pontuais, de caráter emergencial, que não modificam a estrutura da teia de causalidade⁽⁶⁾.

Veja-se que, ao se adotar a vulnerabilidade como marco conceitual, é importante atentar para que não se reproduza a clássica naturalização do processo saúde-doença. Ademais, é imprescindível que não seja dada ênfase ao pólo da *debilidade*, mas que se enfatize o pólo da resistência e da capacidade criadora dos indivíduos de superação⁽¹⁾. Portanto, o conceito inclui a detecção das fragilidades, mas também a capacidade de enfrentamento dos problemas/agravos de saúde.

As investigações
conduzidas no marco
teórico da
vulnerabilidade buscam
a universalidade e não
a reprodutibilidade
ampliada de sua
fenomenologia e
inferência.

Como utilizar o conceito de vulnerabilidade?

Nesta apresentação, o conceito de vulnerabilidade será atrelado à questão da aids. Na medida em que se considera que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento é resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e que envolve o contexto, propõe-se, operacionalmente, a interpretação da aids a partir da interação de três dimensões: a individual, a programática e a social⁽³⁾.

A dimensão *individual* considera o conhecimento acerca do agravo e os comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. Os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária das pessoas, mas especialmente por sua capacidade de incorporar o conhecimento e transformar os comportamentos que as tornam suscetíveis ao agravo. A vulnerabilidade é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacida-

de de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso à recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção).

A dimensão *programática* contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

A dimensão *social* integra a dimensão social do adoecimento, utilizando-se de indicadores que revelem o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde. Esta dimensão inclui o ciclo de vida, a mobilidade social e a identidade social. Integra, ainda, as características do espaço social, as normas sociais vigentes, as normas institucionais, as relações de gênero, as iniquidades, entre outros aspectos.

Conforme anteriormente apontado, na essência do conceito de vulnerabilidade encontra-se a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento. Nesta essência estão postos, portanto, o *entitlement*, que se refere ao direito das pessoas; e o *empowerment*, que trata da participação política e institucional⁽¹⁾. Estes devem ser considerados na avaliação da vulnerabilidade e um aspecto importante refere-se ao fato de que há um trânsito constante entre as dimensões apontadas. Assim, a dimensão individual inclui a trajetória social, compreendendo as subjetividades, os projetos de vida, a percepção em relação ao futuro, por exemplo. Inclui, ainda, a representação subjetiva que se tem do outro e a percepção da utilização de práticas saudáveis de vida. Compreende a percepção subjetiva das normas, a interpretação pessoal e a expectativa de punição, entre outras questões.

A CATEGORIA ANALÍTICA ADESÃO

A adesão tem sido investigada, sobretudo, com respeito às doenças crônicas⁽⁹⁾. Os estudos que vem sendo desenvolvidos a respeito deste tema, no âmbito do Grupo Vulnerabilidade, adesão e necessidades em Saúde Coletiva buscam dar substância científica ao conceito, e propor indicadores e tecnologias que subsidiem a implantação de políticas de saúde e de monitoramento dos indivíduos e grupos sociais com vistas à vigilância à saúde, principalmente para agravos à saúde que requeiram longo período de tratamento. O primeiro estudo desenvolvido sobre este tema fez emergir elementos para compor um conceito de adesão ao tratamento, diverso daquele corrente na Epidemiologia Clássica, qual seja, o abandono do tratamento⁽¹⁰⁾. A lógica da Epidemiologia Clássica opera com base em variáveis que se apresentam como atributos dos indivíduos na trama causal. Como decorrência, no caso do abandono do tratamento, em geral, é apreendido como

um resultado de comportamentos ou de atributos dos indivíduos, acabando por estereotipar as atitudes frente ao tratamento. Assim, não considera esta questão de forma articulada ao desenvolvimento da vida na sociedade. Desta forma, são tomadas como regra certas atitudes dos indivíduos; os serviços de saúde são considerados como sistema que restringe as práticas aos programas de controle e a interpretação da saúde e da doença está posta, sobretudo, na racionalidade da História Natural da Doença.

O estudo apontado, desenvolvido sobre o tema da adesão ao tratamento⁽¹⁰⁾, trouxe à tona vários aspectos que proporcionam peculiaridade e especificidade na interpretação dessa questão, não mais como o resultado de comportamentos/atitudes e reduzidos ao comportamento singular, mas buscando identificar potências para a consecução do tratamento. Tais potências estão conectadas a três planos que constituem o conceito: 1. o plano que diz respeito à concepção de saúde-doença apresentada pela pessoa que apresenta a enfermidade; 2. o plano que se refere lugar social ocupado pela pessoa doente; 3. o plano que trata do processo de produção da saúde.

Tratemos, pois, de detalhar mais explicitamente tais elementos constitutivos do conceito, para depois chegar à proposição de indicadores que possam operacionalizá-lo. O primeiro plano de abordagem, que se refere à interpretação da saúde-doença, integra a assunção de que, a forma como a pessoa entende o processo saúde-doença, conduzirá seu cotidiano de forma tanto mais ativa ou tanto mais passiva. O entendimento amplo da saúde-doença, ou seja, de forma associada à vida na sociedade, possibilita o envolvimento do sujeito de forma a tornar o processo saúde-doença passível de transformação e não de conformismo ou de contemplação. Possibilita arregimentar potências para o enfrentamento da vida, conhecendo-se onde estão postas as vulnerabilidades e as carências. Neste sentido, a terapêutica e a adesão às práticas de intervenção à saúde se configuram como necessidade para a consecução da saúde e esta se apresenta como um projeto de vida. Nesta perspectiva, há pró-atividade frente à necessidade de superação do momento da enfermidade e há responsabilidade e compromisso junto à equipe de saúde na condução das intervenções de saúde. Assume-se o sujeito enquanto sujeito do processo e não como cumpridor de projetos terapêuticos que não correspondem às suas necessidades de vida.

Portanto, entende-se que tanto mais restrito o entendimento do indivíduo a respeito do processo saúde-doença, tomando-o como resultado de uma relação linear, em que se conjugam, quando muito, os atributos do agente etiológico, do hospedeiro e do meio ambiente, mais passiva será sua atitude perante a necessidade de superação da enfermidade. Claro está aí que as representações a respeito da saúde-doença, que tem conteúdo explicativo de ordem mágica, mística, transcendental, contribuem para comportamentos de subalternidade perante a terapêutica adotada e perante a vida. Por outro lado, quanto

mais emancipatório o entendimento sobre a saúde-doença, quanto mais amplo, no sentido de possibilitar a compreensão de que a saúde-doença se constitui como um processo plenamente imerso na realidade e, como tal, dependente das estruturas que integram a sociedade: a base econômica e a dimensão jurídico-político-ideológica. Estes determinam a forma de inserção na sociedade e, esta, os modos de vida que, por sua vez, promoverão possibilidades de enfrentamento da enfermidade.

Esta última consideração refere-se ao segundo plano constitutivo do conceito de adesão: a forma de inserção na sociedade vai determinar o acesso à vida com dignidade e as potencialidades para o enfrentamento dos processos que conduzem ao desgaste na vida. Este plano incorpora o acesso ao trabalho, e a todos os elementos que integram a vida em sociedade e que dizem respeito às necessidades mais fundamentais para o desenvolvimento da vida: moradia, serviços de saúde, alimentação, vestuário, escolaridade, informação, transporte, lazer, entre outros. Estas são necessidades que dizem respeito à manutenção da vida⁽¹¹⁾. Seu atendimento pode conduzir ao fortalecimento do ser humano no cotidiano da vida e na saúde-doença, assim como ao desgaste, momento em que o pólo que evidencia a enfermidade estaria muito mais evidente. É importante ter em conta que este plano que se refere à inserção do indivíduo na sociedade incorpora, ainda, a liberdade, a autonomia, o estímulo ao desenvolvimento da criatividade, o relacionamento compartilhado e construtivo, a afetividade, a felicidade, dentre outras necessidades.

O terceiro plano refere-se ao processo de produção de serviços de saúde. Note-se que aqui está se falando não em um sistema estanque, mas em formas de organização dos processos de trabalho, que envolvem a transformação de um objeto, de uma dada situação, por meio da adoção de meios e instrumentos, sempre segundo uma determinada finalidade, que orienta o conjunto do processo. No âmbito da Saúde Coletiva, os processos de trabalho operam segundo a finalidade de transformar os perfis epidemiológicos com foco para o desenvolvimento da vida saudável. Para tanto, requer-se a atuação em equipe de saúde que deve conjugar os saberes disciplinares de cada um dos participantes no trabalho. A saúde, como processo complexo que envolve toda a trama de constituição da sociedade, com suas contradições e tensões constitutivas, requer a atuação de profissionais com competências e habilidades para compartilhar os saberes de forma a possibilitar o entendimento da realidade de vida das pessoas sob sua res-

ponsabilidade institucional. Para tanto, são fundamentais tecnologias relacionais que possibilitem a captação das necessidades de saúde, o que é possível através da escuta qualificada, do vínculo que emana dos encontros, que devem conter relações simétricas e não dominadoras ou que possam tolher a liberdade, buscando-se a autonomia dos sujeitos na construção e na opção por determinado projeto terapêutico.

Tais planos de interpretação apóiam a proposição do seguinte conceito de adesão:

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo [que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade⁽¹²⁾].

No momento atual, o Grupo de Pesquisa Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva vem trabalhando na construção de indicadores de adesão ao tratamento, que possibilitem o monitoramento apropriado de usuários dos serviços de saúde, e que se constituam como instrumental de fácil apreensão pelos profissionais de saúde, no âmbito da assistência no nível local de saúde, sempre na perspectiva da Vigilância à Saúde, qual seja, aquele que possibilita ter em conta as vulnerabilidades e as potencialidades dos sujeitos para o enfrentamento do cotidiano. Assim, propõe os seguintes indicadores, que se configurarão como variáveis operacionais, que serão definidas segundo escores, a depender das vulnerabilidades ou potencialidades apresentadas pelos usuários do serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do conceito de vulnerabilidade e de adesão às práticas de intervenção se coloca como uma importante vertente de investigação na área de Enfermagem, dado que amplia as análises que operam segundo lógicas asentadas, via de regra, na multicausalidade. Ademais, possibilita inovações na atenção à saúde, ao apresentar indicadores/marcadores que contemplam o processo saúde-doença em sua dimensão integral e, portanto, permitem o atendimento às necessidades de saúde, que não se limitam àquelas de ordem física, clínica e biológica.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM, Paiva V, Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1001-6.
2. Ayres JRCM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. *Bol Epidemiol*. 1997;15(3):2-4

-
3. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *Aids in the word*. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
 4. Rogers AC. Vulnerability, health and health care. *J Adv Nurs*. 1997;26(1):65-72.
 5. Aday LA. *At risk in América: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
 6. Muñoz-Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de Vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):319-24.
 7. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. *Rev Lat Am Enferm*. 2008;16(5):923-8.
 8. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Nichiata LYI. Vulnerabilidades em saúde do adulto. In: Kalinowski CE, Martini JG, Felli VEA, organizadoras. *Programa de Atualização em Enfermagem em Saúde do Adulto (PROENF/SA): Ciclo 2/Módulo 4*. Porto Alegre: ABEn/Artmed; 2008. p. 9-24
 9. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Junior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;33(1):90-8.
 10. Bertolozzi MR. *A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
 11. Breilh J, Granda E. *Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. São Paulo: Instituto de Saúde/ABRASCO; 1986.
 12. Bertolozzi MR. *A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no Município de São Paulo [tese livre-docência]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.