



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO

VULNERABILIDADE EM SAÚDE: UMA CLARIFICAÇÃO CONCEITUAL

FORTALEZA-CEARÁ

2018

RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO

VULNERABILIDADE EM SAÚDE: UMA CLARIFICAÇÃO CONCEITUAL

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira.

FORTALEZA - CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Florêncio, Raquel Sampaio.

Vulnerabilidade em saúde: uma clarificação conceitual [recurso eletrônico] / Raquel Sampaio Florêncio. - 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 148 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Vulnerabilidade em Saúde. 2. Saúde Coletiva. 3. Análise de conceito. 4. Epidemiologia. 5. Clarificação conceitual. I. Título.

RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO

VULNERABILIDADE EM SAÚDE: UMA CLARIFICAÇÃO CONCEITUAL

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em: 16 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Thereza M. M. Moreira (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



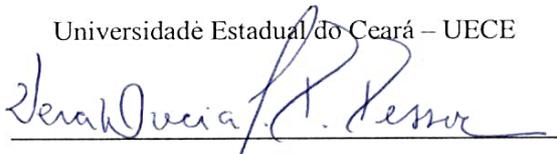
Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira

Universidade Estadual do Ceará – UECE



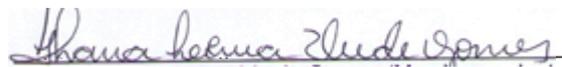
Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva

Universidade Estadual do Ceará – UECE



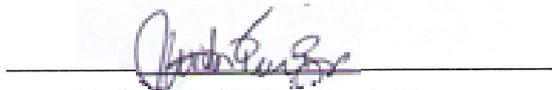
Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia M. de Paula Pessoa

Universidade Estadual do Ceará - UECE



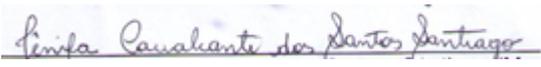
Prof.^a Dr.^a Ilvana Lima Verde Gomes

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges

Universidade Federal do Piauí – UFPI



Prof.^a Dr.^a Jênifa Cavalcante dos S. Santiago

Universidade Federal Ceará – UFC

À minha mais nova inspiração, minha filha
Júlia, que me fez ver a força que tem o sujeito
em vulnerabilidade.

AGRADECIMENTOS

O agradecimento até aqui vai ser sucinto, posto que essa é apenas uma etapa inicial do processo de viver. Contudo, para que eu chegasse até essa fase muitas pessoas se fizeram importantes e necessárias, pelas quais tenho imensa estima. Agradeço então:

A Deus;

À minha família, que agora cresceu; em especial à minha mãe, Sintia Maria Sampaio, que assim como muitas Marias brasileiras pôde criar a mim e ao meu irmão, proporcionando toda a educação necessária desde nossa infância e também o apoio no cuidado da Júlia; ao meu irmão, Rafael Sampaio; e ao meu companheiro, Danilo Cunha, por todo o suporte no cuidado a mim e a Júlia quando precisei me dedicar à tese;

À minha Júlia, por cuidar de mim mais do que eu cuido dela e me impulsionar a ser melhor como pessoa;

À minha avó querida, Francisca Pereira, as minhas oito tias, que são como mães e irmãs, e aos meus quatro tios. Obrigada por sempre terem me apoiado quando precisei na vida e por terem cuidado da Júlia na minha ausência;

Aos meus amigos e amigas de infância, da rua onde morei e os do tempo de colégio;

Aos amigos e amigas da juventude, da graduação em educação física e em enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE);

Aos amigos e amigas do grupo de pesquisa “Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem” (GRUPECCE);

À Virna R.F. Cestari, por ter compartilhado comigo a experiência e o desafio de pensar e discutir a vulnerabilidade em saúde, além de todas as contribuições para fechamento da tese e por sua amizade;

Aos amigos e amigas da pós-graduação, mestrado e doutorado em Saúde Coletiva;

Aos professores e professoras de colégio, graduação e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC);

Aos amigos de trabalho na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes;

Aos membros da banca, queridos professores de graduação e pós-graduação, por terem aceito o convite e pelas sugestões oferecidas para o enriquecimento da tese;

À Prof.^a Lúcia Duarte, Prof.^a da graduação e agora membro dessa banca, pela expertise em HIV/AIDS, campo que favoreceu as principais discussões sobre a vulnerabilidade em saúde;

À Prof.^a Vera Mendes, também Prof.^a da graduação desde os tempos da educação física e enfermagem, além de companheira de trabalho na UTIC, por ter me incentivado a ser sempre uma enfermeira melhor, por ter incentivado a construção do meu lado qualitativo como pesquisadora e por todos os conselhos em diversas questões;

Ao Prof. Wicto Borges, querido amigo com quem compartilhei muitos momentos de alegria e sabedoria na UECE principalmente na hora do cafezinho da tarde na Ueceana e Ester. Saudades. Obrigada pela imensa contribuição que você deu para essa tese mesmo antes dela se concretizar;

À Prof.^a Maria Rocineide da Silva, Prof.^a a qual tenho muito afeto, por sua leveza em nos mostrar a importância da participação social em defesa do Sistema Único de Saúde e em defesa da vida, além de me inspirar a pensar as Ciências Sociais e por toda sensibilidade demonstrada com todos os seus alunos;

À Prof.^a Jênifa Cavalcante, minha dupla da iniciação científica e hoje especialmente convidada para essa banca por sua competência enquanto pesquisadora e pela convivência solidária e fraterna em todos esses anos de UECE;

À Prof.^a Ilvana Lima, também Prof.^a de graduação em enfermagem e do PPSAC, por seu olhar atento sobre as questões qualitativas da pesquisa;

À minha orientadora, Prof.^a Thereza Maria Magalhães Moreira, que acima de tudo é uma grande amiga e incentivadora. Muito obrigada por todos os ensinamentos, conselhos e por ter aceito o desafio de me conduzir nesse caminho da pesquisa desde o tempo de graduação até esse momento de defesa. Já são mais de 10 anos de convivência tranquila, harmoniosa, engrandecedora. Sou muito grata por tudo que fizeste por mim, por ter acreditado no meu potencial de pesquisadora e por ter contribuído na minha formação não só profissional, mas enquanto ser humano justo.

A construção social pela qual fui formada me faz aqui tecer a todos e a todas o meu sincero agradecimento.

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive.”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O conceito de vulnerabilidade em saúde (VS) surge de maneira contemporânea à nova proposta da Saúde Coletiva como forma de superar o conceito de risco. No entanto, percebemos que os estudos publicados sobre a temática fizeram emergir polissemias ainda com o sentido de risco e a carência de definições, suscitando a necessidade de uma clarificação conceitual. Nesse sentido, objetivamos clarificar o conceito de VS por meio de um estudo teórico-reflexivo a partir de uma revisão integrativa e da clarificação conceitual. Na revisão, após desenvolvimento das perguntas norteadoras, escolha dos descritores, construção da equação e busca dos artigos em bases de dados, selecionamos inicialmente 18657 publicações e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, chegamos a um total de 78 artigos, cujos principais achados foram identificados por meio de um roteiro de observação. Realizamos inicialmente a categorização e recategorização dos principais recortes numa fase manual, que contemplou a caracterização dos estudos, contextualização do conceito no discurso científico e construção e definição dos conceitos e subconceitos. Apoiamo-nos no software Iramuteq e selecionamos a análise de similitude para a identificação dos elementos essenciais do conceito de VS. A interpretação dos resultados foi construída conforme o referencial de Ayres, bem como discutida com o apoio de outros autores. A partir da análise, compreendemos que o uso do conceito recaiu sobre a seara do risco e tentou se superar nos conceitos de suscetibilidade e precariedade, sendo discutido mais especificamente no cenário da Atenção Primária, baseado em aspectos epidemiológicos e direcionado às doenças infecciosas. Para além da confirmação da polissemia da VS no sentido do risco, a partir das definições encontradas nas pesquisas e pelas nossas reflexões, rerepresentamos um conceito que é sustentado pelos elementos essenciais sujeito e social, sendo definido como uma ‘Condição humana, construída na interação entre o sujeito e o social, caracterizada por uma relação de poder que se movimenta em direção a uma condição de precariedade quando o empoderamento não é vivenciado pelo sujeito ou coletivo’. O modelo foi construído com base na relação de três componentes: 1) sujeito e social, com conceitos e subconceitos; 2) precariedade e empoderamento; 3) Processos de potencialização ou fragilização da VS. Ele clarifica o conceito de VS e dá subsídios para a elaboração de pesquisas futuras como forma de direcionar e efetivar as práticas de promoção da saúde e da vida.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde. Saúde Coletiva. Análise de conceito. Epidemiologia. Clarificação conceitual.

ABSTRACT

The concept of Health Vulnerability (HV) emerges contemporaneously with the new proposal of Public Health as a way of overcoming the concept of risk. Nevertheless, we perceived that the studies published on the topic have given rise to polysemias that still contain the sense of risk, besides the lack of definitions, thus eliciting the need for a conceptual clarification. In this sense, we aim to clarify the concept of HV by means of a theoretical-reflective study underpinned by an integrative review and the conceptual clarification. In the review, after the development of the guiding questions, choice of descriptors, construction of the equation and search of the articles in databases, we firstly selected 18657 publications; and after the application of the inclusion and exclusion criteria, we reached a total of 78 articles, whose main findings were identified by means of an observation script. We firstly categorized and re-categorized the main cutouts in a manual phase, which included the characterization of the studies, contextualization of the concept in the scientific discourse and construction and definition of concepts and sub-concepts. We relied on the Iramuteq software and selected the similarity analysis for the identification of the essential elements of the HV concept. The interpretation of the results was constructed in line with the Ayres framework, as well as discussed with the support of other authors. From the analysis, we understood that the use of the concept fell on the cornfield of risk and tried to overcome the concepts of susceptibility and precariousness, which was discussed more specifically in the context of Primary Care, based on epidemiological aspects and oriented towards infectious diseases. Apart from the confirmation of the HV polysemy in the sense of risk, from the definitions found in the surveys and through our reflections, we reintroduced a concept that is supported by the essential elements, “subject” and “social”, which is defined as a “Human condition, constructed in the interaction between the subject and the social, characterized by a power relationship that moves towards a condition of precariousness when the empowerment is not experienced by the subject or collective”. The model was constructed based on the relationship of three components: 1) subject and social, with concepts and sub-concepts; 2) precariousness and empowerment; 3) processes for strengthening and weakening HV. It clarifies the concept of HV and provides grants for the elaboration of future research as a way of orienting and implementing life and health promotion practices.

Key-words: Vulnerability Health. Collective Health. Concept Analysis. Epidemiology. Concept Clarification.

RESUMEN

El concepto de vulnerabilidad en salud (VS) emerge de manera contemporánea a la nueva propuesta de la Salud Colectiva como forma de superar el concepto de riesgo. No obstante, percibimos que los estudios publicados sobre la temática han originado polisemias que siguen conteniendo el sentido de riesgo, así como la carencia de definiciones, suscitando la necesidad de una clarificación conceptual. Nuestro objetivo es clarificar el concepto de VS por medio de un estudio teórico-reflexivo a partir de una revisión integradora y de la clarificación conceptual. En la revisión, después del desarrollo de las preguntas orientadoras, de los descriptores, de la ecuación y búsqueda de los artículos en bases de datos, seleccionamos primeramente 18657 publicaciones; y después de la aplicación de los criterios de selección, llegamos a un total de 78 artículos, cuyos principales hallazgos fueron identificados a través de un guion de observación. Realizamos la categorización de los principales recortes en una fase manual, que incluyó la caracterización de los estudios, la contextualización del concepto en el discurso científico y la construcción y definición de los conceptos y subconceptos. Nosotros nos apoyamos en el programa informático Iramuteq y seleccionamos el análisis de similitud para la identificación de los elementos esenciales del concepto de VS. La interpretación de los resultados fue construida con arreglo al marco teórico de Ayres, así como de otros autores. La utilización del concepto recayó sobre la siembra del riesgo e intentó superarse en los conceptos de susceptibilidad y precariedad, siendo discutido más específicamente en el escenario de la Atención Primaria, basado en aspectos epidemiológicos y orientado hacia las infecciones. Además de la confirmación de la polisemia de la VS en el sentido del riesgo, a partir de las definiciones encontradas en las investigaciones y por nuestras reflexiones, volvemos a presentar un concepto que es sostenido por los elementos esenciales “sujeto” y “social”, siendo definido como una “Condición humana, construida en la interacción entre el sujeto y el social, caracterizada por una relación de poder que se desplaza hacia una condición de precariedad cuando el empoderamiento no es experimentado por el sujeto o colectivo”. El modelo fue construido sobre la base de tres componentes: 1) sujeto y social; 2) precariedad y empoderamiento; 3) procesos de potenciación o debilitamiento de la VS. Ello clarifica el concepto y provee subsidios para la elaboración de investigaciones futuras como forma de orientar y efectivizar las prácticas de promoción de la salud y la vida.

Palabras clave: Vulnerabilidad en Salud. Salud pública. Análisis de concepto. Epidemiología. Clarificación conceptual.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Níveis de desenvolvimento de conceito segundo Meleis	35
Figura 2	Fluxograma da seleção das publicações para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA	40
Figura 3	Significados atribuídos ao conceito de vulnerabilidade em saúde	55
Figura 4	Elementos essenciais do conceito de vulnerabilidade	62
Figura 5	Definição dos elementos essenciais do conceito de vulnerabilidade	64
Figura 6	Conceitos relacionados aos elementos essenciais da vulnerabilidade em saúde	65
Figura 7	Engrenagem dos consequentes da vulnerabilidade em saúde	106
Figura 8	Definição de Vulnerabilidade em Saúde	107
Figura 9	Conjunto de elementos do modelo conceitual de Vulnerabilidade em Saúde	110
Figura 10	Modelo conceitual da Vulnerabilidade em Saúde	111

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Ano de publicação dos estudos sobre vulnerabilidade em saúde de 2002 a 2015	47
Gráfico 2	Países onde foram desenvolvidos os estudos sobre vulnerabilidade em saúde (2002-2015)	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Aspectos a serem considerados nas três dimensões da análise de vulnerabilidade	29
Quadro 2	Clareza dos conceitos da vulnerabilidade em saúde segundo o modelo de análise de teoria de Meleis	32
Quadro 3	Usos e significados do conceito de vulnerabilidade em saúde	56
Quadro 4	Conceitos e subconceitos dos elementos essenciais do conceito de vulnerabilidade em saúde – elemento sujeito	66
Quadro 5	Conceitos e subconceitos dos elementos essenciais da vulnerabilidade em saúde – elemento social	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DCNI	Doenças Crônicas Não Infecciosas
DH	Direitos Humanos
DI	Doenças infecciosas
FR	Fatores de Risco
GRUPECCE	Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	<i>Medical Subject Headings of U.S</i>
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses</i>
SC	Saúde Coletiva
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SP	Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTIC	Unidade de Transplante e Insuficiência cardíaca
VS	Vulnerabilidade em Saúde

SUMÁRIO

1	INSPIRAÇÕES	17
2	APROXIMAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	25
2.1	TRAJETÓRIAS INICIAIS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE	25
2.2	CLARIFICAÇÃO CONCEITUAL: UMA ESTRATÉGIA PARA DESENVOLVIMENTO DE CONCEITO	33
3	OBJETIVOS	38
3.1	GERAL	38
3.2	ESPECÍFICOS	38
4	MÉTODO	39
4.1	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	39
4.1.1	Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa	39
4.1.2	Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura	40
4.1.3	Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos	42
4.1.4	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa	42
4.1.5	Interpretação dos resultados	43
4.1.6	Apresentação da revisão/síntese do conhecimento	43
4.2	CLARIFICAÇÃO CONCEITUAL	43
4.2.1	Descrição do fenômeno	44
4.2.2	Sistematização das observações e das descrições do fenômeno	44
4.2.3	Desenvolvimento das definições operacionais, e pergunta a si mesmo e aos outros: Como vou conhecer o conceito quando o ‘vejo’?	45
4.2.4	Construção do modelo	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1	VULNERABILIDADE EM SAÚDE: DESCRIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÔMENO NO DISCURSO CIENTÍFICO DO SÉCULO XXI	46

5.2	SIGNIFICADOS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE NO DISCURSO CIENTÍFICO	54
5.3	ELEMENTOS ESSENCIAIS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE	60
5.3.1	O Sujeito	65
5.3.1.1	Letramento funcional	67
5.3.1.2	Comportamento	69
5.3.1.3	Relações interpessoais	71
5.3.1.4	Situação psico-emocional	73
5.3.1.5	Situação física	77
5.3.2	O Social	81
5.3.2.1	Situação socioeconômica	83
5.3.2.2	Identidade demográfica	86
5.3.2.3	Cultura	87
5.3.2.4	Contexto familiar	87
5.3.2.5	Redes e suportes sociais	89
5.3.2.6	Gênero	90
5.3.2.7	Violência	91
5.3.2.8	Controle social	93
5.3.2.9	Ecosistema	94
5.3.2.10	Acesso aos direitos fundamentais	94
5.3.2.11	Situação programática – ênfase na saúde	97
5.3.2.12	Estado	100
5.4	ACONTECIMENTOS RESULTANTES DA VULNERABILIDADE EM SAÚDE	102
5.4.1	Condições de precariedade	102
5.4.2	Empoderamento	104
5.5	MODELO CONCEITUAL DA VULNERABILIDADE EM SAÚDE	107
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES	126
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	127
	APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS	128

1 INSPIRAÇÕES...

A pergunta mais difícil que nos fazem durante o processo de doutoramento aparece vez por outra no meio acadêmico e entre a família, amigos ou conhecidos: - O que é a sua tese? Basta o pesquisador dizer que 'passou' no Doutorado que parece que todas as pessoas ficam ávidas e curiosas em saber o que se vai pesquisar, o que, de certa forma, é bom, pois parecem mostrar certo interesse sobre o que se está fazendo.

No entanto, responder tal pergunta é tão complexo e impactante, pois até que o pesquisador descubra realmente o que de fato será sua tese, ele precisará ler muito e passar por uma série de situações e caminhos. A segunda pergunta decorrente desse diálogo iniciado e que pode fazer você refletir e ficar sem resposta é: - Por que você escolheu estudar isso? - Difícil, não é?

Excluindo-se as exigências sobre as linhas de pesquisa dos orientadores e dos Programas de Pós-graduação e as questões científicas, o motivo, as afetações dessa escolha da temática em estudo muitas vezes não é de início reconhecido e até que você o descubra parece ser necessário fazer uma retrospectiva. E nesse movimento, fiquei me perguntando o que teria feito eu chegar até esse momento de conclusão do doutorado, motivo pelo qual teci algumas descrições, que me transportam a uma época que parece ter muito a ver com isso tudo.

As primeiras afetações talvez tenham sido construídas no início da minha escolarização. Lembro-me claramente do meu primeiro dia de aula, quando em uma escola do bairro onde até hoje moro, minha mãe me conduzia a esse território, em um primeiro momento aterrorizante para mim à época. À minha mente, sempre me vem à lembrança um choro incontrolável e uma reação de menina birrenta, na verdade, acuada, que segurava fortemente a mão de sua mãe, num choro na realidade de medo do novo que eu já sabia que já estava na iminência de se instaurar: o primeiro dia de aula e a separação da mãe.

De minha casa à escola, eram uns seis quarteirões e fico imaginando como foi que minha mãe conseguiu completar seu percurso a pé comigo e com meu irmão, pois a cena que acontecia foi geradora de estresse para todos nós naquele momento. Hoje, sei que minha mãe com certeza sofreu com a angústia daquela separação iminente, pois assim como ela, recentemente tive que passar por essa situação com minha filha Júlia ao ter que deixá-la na creche pela primeira vez.

Bom, mas o que ficou de fato na lembrança não disse respeito a aula propriamente dita, porque, sinceramente, desta eu não me lembro, mas dos instantes que precederam aquela

menina com dois anos e meio, enquanto sujeito não escolarizado. Nessa circunstância, parece-me bem marcante para mim esse acontecimento, pois talvez naquela época eu já tivesse ciência que seria um longo período de adaptações e transformações que eu não poderia escapar e esse movimento sempre nos traz uma certa insegurança e não foi diferente naquele momento. Mas hoje sei que sem essa fase pela qual passei não estaria aqui escrevendo esse texto, ou até estaria, mas de uma forma completamente diferente.

Aliado a isso, durante o tempo em que fui crescendo, hoje sei que fui muito afetada pela vivência próxima ao Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visto que minha mãe trabalhou durante alguns anos nesse cenário. Pude ver as histórias, e os instrumentos que ela utilizava para o trabalho...um que até hoje ela tem é a balança! Que durante muito tempo parece ter sido um dos símbolos desse programa, dado que à época a desnutrição pairava de maneira enfática no Ceará, vulnerabilizando de maneira cruel crianças de todas as faixas etárias.

Já no contexto das experiências acadêmicas, até eu entender do que se tratava todo aquele campo em que se desenvolviam aquelas ações coletivas que vem à lembrança sobre o trabalho nas unidades básicas de saúde, sobretudo, nos territórios, foi preciso passar por várias fases de escolhas profissionais, da minha entrada em 2004 na graduação em Educação Física e saída em 2006 (de forma não concluída), da minha transferência para o curso de graduação em Enfermagem em 2006 e conclusão em 2011 e das pós-graduações em Saúde Coletiva (SC) (de 2013 a 2018), além das vivências no Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) e Centro Acadêmico Ana Neri (CAAN) à época da graduação em Enfermagem. Tudo isso aliado a toda experiência profissional no campo da saúde do trabalhador, quando pude vivenciar a enfermagem num canteiro de obras, até minha passagem como enfermeira na Unidade de Transplante e Insuficiência cardíaca (UTIC) no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, como enfermeira em treinamento no Hospital Sarah Kubitschek de Brasília e como docente no contexto das pós-graduações *lacto senso* e estágio docência na graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

De forma mais específica, as pesquisas desenvolvidas no GRUPECCE me levaram a uma opção mais epidemiológica na construção da ciência atrelada ao discurso tradicional do risco, cujas publicações iniciais tinham um cunho relacionado a fatores de risco e análises estatísticas. No entanto, parece que me inquietava um pouco essa configuração e esse rótulo de pesquisadora quanti, pois no entremeio, as experiências descritas acima me levavam a buscar outras formas de fazer ciência, num aspecto mais teórico. E foi em leituras

sobre o risco e sua trajetória enquanto objeto da epidemiologia que acabei me deparando com o conceito de Vulnerabilidade em Saúde (VS) de forma mais atenta.

A partir daí, as inquietações aumentaram e comecei a vislumbrar como seria trabalhar o conceito dentro desse cenário epidemiológico. Numa tentativa, acabei desenvolvendo minha dissertação no Mestrado em Saúde Coletiva nesta seara, a qual foi intitulada: Excesso ponderal em adultos jovens escolares: uma análise a partir das vulnerabilidades individuais (FLORÊNCIO, 2014). Mas com ela a inquietação só aumentou, pois confesso que o trabalho não abandonou o discurso do risco, apesar da tentativa.

Com a aprovação no doutorado em SC, o que se pensava era construir e validar um instrumento de avaliação da VS por meio da teoria de resposta ao item. A imaturidade epistemológica me direcionou a esse caminho. No entanto, quando passei a estudar os quadros conceituais que existiam sobre a temática, deparei-me com fragilidades e com a polissemia do conceito, levando-me a pensar no desenvolvimento de um modelo conceitual que de fato sustentasse e subsidiasse as ações de promoção da saúde no cenário da Saúde Coletiva.

Toda essa formação para o trabalho e para a ciência aliada a todo o processo de escolarização básico pela qual passei e as vivências com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foram pontos importantes que me fizeram estar aqui hoje, falando de um lugar que foi coletivamente construído e que gerou e gera reflexões sobre essa Saúde Coletiva tão sonhada por todos e todas nós. E esse resgate ilustra o início de um ciclo que seria tão importante quanto o que hoje termino aqui com este doutoramento. De lá até aqui, vários foram os acontecimentos, escolhas, reflexões, mudanças... E hoje, penso que o campo de atuação por mim escolhido diz muito sobre todo o contexto de escolarização e vivências em casa e decorrentes da Universidade.

E não há como falar de vulnerabilidade sem antes falar de SC. E foi preciso que eu passasse por todos esses processos para que eu pudesse entender um pouco melhor essa que se configura como um campo extenso e diversificado de políticas, saberes e práticas, sustentada essencialmente por três grandes espaços e formações disciplinares: a epidemiologia, as ciências sociais e a gestão/planejamento/avaliação (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000; NUNES, 2012). Nesse contexto, verificamos que a dificuldade de articular suas práxis em qualquer um desses territórios pode levar a uma fragilidade no modo de configuração dos modelos de atenção em saúde, indo de encontro à reunião de elementos voltados para uma perspectiva ampliada de cuidado e de uma concepção positiva da própria saúde, com respostas não efetivas e pouco expressivas para a saúde da população.

Embora não seja nosso objetivo discorrer com minuciosidade sobre esses três pilares, entendemos que cada um deles teve momentos históricos importantes ao longo de sua constituição enquanto disciplina, ora acompanhando o paradigma de saúde existente, ora rompendo e articulando novos objetos. Nesse movimento, a evolução do conceito de saúde atrelada a discussão da SC viu nessas disciplinas potência para seu desenvolvimento, cada um dentro de sua especificidade e ao mesmo tempo articulando seus saberes e práticas.

Nesse conjunto, observamos que a epidemiologia tem movimentado e subsidiado sobremaneira as práticas em saúde e a gestão de serviços. No entanto, percebemos que essa disciplina por muito tempo carregou e carrega conceitos que acabaram contribuindo diretamente na conformação de modelos de atenção tradicionais de cunho preventivista e conseqüentemente na dificuldade que se tem hoje de sustentar uma SC capaz de superar características que a fazem sinônimo de Saúde Pública (SP). Isso porque desde suas origens foi alicerçada pela ‘clínica dura’, medicina preventiva e estatística, havendo assim uma tendência a atribuir as análises da epidemiologia ao escopo da doença.

Essa tendência foi bem retratada no ensaio de Ricardo Ayres, publicada em importantes veículos científicos (AYRES, 2011; AYRES et al.,1999). O autor resgatou o percurso histórico epistemológico da epidemiologia, trazendo à tona três grandes processos: a epidemiologia da constituição, a epidemiologia da exposição e a epidemiologia do risco. Este considerado hoje como o principal conceito existente para essa disciplina.

Neste último período, a linguagem do risco alcançou sua formalização discursiva, tornando-se uma grandeza matemática. Ela não adjetiva apenas uma condição insalubre ou se limita a designar inferências construídas mediante comportamentos estatísticos, pois agora o risco é a expressão matemática da inferência epidemiológica. O risco passa a expressar, então, a racionalidade aplicada que é a Epidemiologia e, simultaneamente, a identidade discursiva da comunidade de epidemiologistas (AYRES, 2011).

Esse conceito influenciou sobremaneira as práticas em saúde que cada vez mais traziam imbrincadas ações focalizadas e até mesmo preconceituosas. Esse caráter foi construído, pois a linguagem do risco trouxe com ela a fragmentação de características atreladas a uma doença, admitindo variáveis específicas para explicar um fato. A particularização desses elementos culminou na identificação de grupos e comportamentos de risco, como se mais nada além pudesse ser considerado. Assim, consideramos que à medida que o conceito ganhou robustez e propriedade, o cuidado nos serviços de saúde acompanhou esse processo, prevalecendo as práticas citadas.

Várias tentativas de superação dessa epidemiologia tradicional e analítica trouxeram à tona correntes diferenciadas de pensamento como a epidemiologia crítica discutida por autores da América-latina (ALMEIDA FILHO, 2001; AYRES, 1997; BALLARD, 1992; BECK, 1998; BREILH, 2006; BUNGUE, 1972; FREITAS; GOMEZ, 1997), ratificando cada vez mais a necessidade de aprofundar a discussão. Essa nova vertente surge então nesse movimento de resgatar questões outrora esquecidas pela epidemiologia tradicional. Para Breilh (2006), a epidemiologia crítica latino-americana vem trabalhando desde os anos 1970 na análise desse paradigma, pois entende que o risco se tornou um instrumento estratégico do causalismo positivista, claramente orientado para a instrumentalização de um programa de saúde ligado a governabilidade.

O desafio central da epidemiologia crítica é tornar-se um instrumento do desenvolvimento humano. Para isso, precisa olhar a saúde em sua íntegra e como processo, para o que é indispensável superar tanto a visão unidimensional da antiga epidemiologia quanto a sua visão fragmentada e estática dos ‘fatores de risco’ (FR). Precisa abordar esse espaço com outro olhar e resgatar a dimensão temporal histórica. O que essa ruptura epistemológica nos propõe, é a incorporação do entendimento da realidade enquanto complexa e em movimento de direções distintas (BREILH, 2006).

Contemporâneo a isso, a superação do conceito de risco parece ter vindo também de outros lugares próximos, onde novos olhares conceituais recaem sobre o processo saúde-doença, com a introdução do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde. Ao aprofundarmos a leitura sobre a temática, percebemos que existe uma amplitude no conceito de VS que pode nos ajudar na construção ou implementação de modelos de atenção à saúde alternativos aos tradicionais, trazendo para a realidade dos serviços a promoção da saúde.

Embora em 2012 Arreaza (2012) tenha resgatado o conceito de vulnerabilidade, esse foi proposto já há algum tempo, sendo discutido por diferentes áreas. No que diz respeito à saúde, de forma contemporânea e complementar às novas concepções nessa vertente crítica da epidemiologia, o conceito de vulnerabilidade surge há aproximadamente três décadas no campo da SP na conjuntura de reformas sanitárias, atrelada a respostas para a epidemia da *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/AIDS) no Brasil e no mundo. Sua incorporação foi apresentada como alternativa analítica e como abertura promissora frente à indiscutida hegemonia alcançada pelo conceito de risco, originário da abordagem epidemiológica tradicional. Com vista a uma leitura mais compreensiva dos complexos processos de saúde e enfermidade e, portanto, auxiliadora de

respostas sociais mais efetivas e integrais, a preocupação com a vulnerabilidade encontrou plena vigência no campo da saúde (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Embora tenha reconhecimento dentro desse campo, a discussão sobre análise de VS é relativamente nova, uma vez que a abordagem teórica ganhou destaque a partir da década de 1990, com enfoque voltado para as doenças infecciosas, sobretudo, para a questão do HIV/AIDS (AYRES et al., 2012; 2009; 2006; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992), quando foram realizados desenhos de intervenção norteados por enfoques da atenção integral e processos de mobilização social fundamentados nos Direitos Humanos (DH). Essa foi a porta de entrada do conceito na área da SP (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Com a proposta de refletir sobre estigmas e estereótipos de alguns grupos populacionais com HIV/AIDS (aqueles com hemofilia, haitianos, homossexuais e usuários de heroína) e de comportamentos, deparamo-nos com um conceito que é, simultaneamente, construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos (AYRES et al., 2012; 2009).

O problema-alvo do conceito diz respeito às diferentes suscetibilidades observadas nas populações expostas a um determinado agravo em saúde, buscando a mobilização e resposta social como resultado esperado. Porém, o uso estendido do conceito – inserido na construção de problemas vinculados a múltiplas áreas – aponta diversos caminhos e perspectivas onde a sua aplicação apareceria carregada de ambiguidades e contradições (AYRES et al., 2012; OVIEDO; CZERESNIA, 2015), abrindo espaço para a proposição de novas definições. Essas possibilidades podem ser válidas e circunscrevem a VS dentro do campo de atuação da SC e mais especificamente da promoção da saúde.

Como um processo de constituição de sujeitos e comunidades saudáveis para monitorar os determinantes de saúde, a promoção da saúde incrementa os modos de andar na vida e modifica ou protege os meios da vida social com o objetivo de melhorar as condições de vida e saúde para que sejam mais dignas e equânimes. Sendo uma estratégia de mediação entre os sujeitos e o meio social, combina a liberdade de escolha com responsabilidade social pela saúde, bem como supõe uma efetiva participação da coletividade desde a sua formulação até sua implementação (ARREAZA, 2012; CZERESNIA, 2009).

Entendendo a importância do que foi exposto, suscitamos a necessidade iminente da organização de estratégias para a consolidação de ações voltadas para a promoção da saúde das populações o mais precocemente possível e que estejam baseadas em aportes teóricos e

estratégicos mais abrangentes e sensíveis a questões contextuais, como no caso da vulnerabilidade. A promoção da saúde se torna ponto-chave na discussão dessa problemática, visto que agrega questões de cunho clínico, comportamental, social, lançando-se na direção de ações intersetoriais e superando discussões eminentemente relacionadas apenas a FR e abrindo espaço para identificação, acompanhamento e intervenção nos elementos essenciais da VS.

Apesar dessa necessidade, ao lermos com maior profundidade sobre o assunto, percebemos que os quadros conceituais mais utilizados (AYRES et al., 2014, 2012, 2009, 2006; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993, 1992) não traziam as definições dos demais conceitos que compunham os elementos propostos. Além disso, uma revisão inicial de literatura nos mostrou que a utilização desse conceito está intimamente atrelada ao risco, caracterizando fragilidades em seu uso. Por isso, pensamos que seria necessário o esclarecimento conceitual que nos desse suporte para o desenvolvimento de um modelo conceitual que pudesse ser utilizado para a identificação e avaliação das questões passíveis de intervenção pelos profissionais de saúde, minimizando as perdas da subjetividade e trazendo resultados ancorados nos conceitos representativos do saber do campo aqui em questão.

Nessa perspectiva, há necessidade de definir inicialmente o construto a ser interpretado. Emergem, então, curiosidades que nos fazem refletir sobre os aspectos teóricos do conceito, ao mesmo tempo parece-nos instigante indagar: 1) Como o conceito está sendo utilizado na área da saúde? 2) Quais os atributos/características e quais os eventos desencadeados por ele? 3) A construção de um modelo conceitual de vulnerabilidade em saúde permite a clarificação do conceito para que ele possa ser aplicado no contexto da Saúde Coletiva?

Para responder tais inquietações, propusemos alguns pressupostos para sustentação da tese idealizada:

- 1) A vulnerabilidade é uma condição humana que acontece na interação das dimensões relacionadas ao sujeito e à dimensão social;
- 2) As relações de poder nessa interação tensionam num contínuo entre aspectos negativos e positivos, os quais potencializam ou fragilizam a vulnerabilidade do sujeito;
- 3) Essas características configuram um modelo conceitual de vulnerabilidade em saúde que clarificam o conceito.

Com base nesses pressupostos, desenvolvemos a seguinte tese:

A clarificação permite observar a amplitude do conceito de VS e o delinea no contexto da interação do sujeito com o social, a qual produz movimentos de poder que são tensionados ora para a precariedade ora para o empoderamento, podendo ser representado por um modelo conceitual.

2 APROXIMAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Essa fase da construção da tese é complexa uma vez que vai subsidiar todo o processo de desenvolvimento dos achados da pesquisa e sua discussão. Nesse caso, como o objetivo maior do estudo se desenrola em torno de um conceito, depreendemos que seria necessário utilizar algumas linhas para tecer considerações acerca de pontos importantes sobre como se desenvolve um. Além disso, foi necessário para nós, do ponto de vista epistemológico, lançarmos mão de aproximações com autores que pudessem subsidiar a condução deste trabalho.

A questão metodológica enveredou para o ‘desenvolvimento de conceito’, trazido por Meleis (2012), mais especificamente ao nível da clarificação conceitual de Norris (1982), uma vez que nos apresentam toda uma estrutura – um passo-a-passo – de como desenvolver um conceito, ou se esse já existir, em como esclarecer pontos frágeis dele. Além disso, percebemos que a literatura traz de forma mais enfática a vulnerabilidade em saúde a partir do quadro conceitual de Ricardo Ayres, o qual será o ponto de partida para as principais análises desse estudo.

2.1 TRAJETÓRIAS INICIAIS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE

O termo vulnerabilidade já é usado há algum tempo em diversas situações, seja sob o enfoque da teoria da interdependência, ameaças dos agentes químicos, riscos naturais e ambientais, da não garantia dos direitos fundamentais, teórico social ou sob o enfoque epidemiológico da saúde, abrangendo, assim, campos diferentes de discussão e aplicação. Para Schumann (2015), essa diversidade de aplicações da vulnerabilidade deve-se a algumas situações, em especial: à existência de diferentes orientações epistemológicas, à escolha de localidades geográficas específicas para análise do processo de vulnerabilidade e ao direcionamento para situações específicas.

No caso do enfoque epidemiológico da saúde, há hoje a compreensão e uso diversos e, especialmente uma reflexão crítica disseminada acerca dos limites e desafios da epidemiologia como o que se observa nas publicações sobre epidemiologia social e crítica de Breilh (2006; 1998), Almeida Filho (1997), Castiel (1999) e Ayres (2002; 1995). Dentro dessas novas compreensões, as discussões sobre vulnerabilidade ganharam espaço após o início dos estudos referentes ao HIV/AIDS na década de 1980, embora publicações acerca do conceito tenham sido realizadas somente na década de 1990.

Verificamos que a emergência assustadora dos casos de HIV/AIDS na década de 1980 foi um marco para a VS. Para Ayres (2014), esse foi um conceito considerado uma das novidades da época e gerou interesse principalmente de trabalhadores e pesquisadores atuantes nas áreas marcadas pela desigualdade social, bem como gerou interesse pelo desenvolvimento de pensamentos críticos na área técnico-científica.

Foi com o aparecimento de novos casos de HIV/AIDS entre haitianos e, mais tarde, entre pacientes hemofílicos e usuários de heroína, que começou a aceitação de que a síndrome não estava restrita apenas aos homossexuais masculinos (AYRES et al., 2012; KALICHMAN, 1993). Com a divulgação do primeiro relatório interinstitucional sobre AIDS, surge o alerta sobre “grupos de risco”. A preocupação com o caráter discriminatório do termo fez surgir outra denominação que ganhou escopo no subsídio aos programas de prevenção, a de “comportamento de risco”. A adoção dessa noção reforçou as concepções individualizantes associadas às análises de risco e permitiram o surgimento de outras abordagens que pudessem dar conta de análises mais ampliadas sobre a epidemia que se instalava.

À época, os pesquisadores americanos Mann, Tarantola e Netter introduziram o conceito de vulnerabilidade em saúde com a publicação dos livros “*Aids in the world*” (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992), cuja versão reduzida foi publicada no Brasil em 1993 (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993), e “*Aids in the world II*” em 1996 (MANN; TARANTOLA, 1996). Essas referências foram consideradas as precursoras do movimento de construção do conceito em questão, sendo resultante de um esforço conjunto de diversas classes interessadas em monitorar a pandemia e analisar a resposta global para o fenômeno.

No primeiro livro, os autores propuseram uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS, inclusive com escalas para a mensuração desse construto em níveis, levando em consideração aspectos individuais e coletivos, muito embora o primeiro fosse visto como o determinante final da vulnerabilidade à infecção. Isso justificou a focalização das ações no indivíduo, mas não foi suficiente para o controle da epidemia e acabou sendo alvo de críticas diversas (AYRES, 2014).

Já no segundo livro, as escalas e *rankings* foram abandonados e a vulnerabilidade passou a abranger três dimensões: individuais, sociais e programáticas. Ayres (2014) ainda acrescenta que além dessa ampliação, a questão dos direitos humanos foi considerada como parte constitutiva das análises do conceito. No entanto, a dimensão individual permanecia como a principal. Segundo Paris (1999), o modelo original, proposto por Mann, Tarantola e Netter (1992) e Mann e Tarantola (1996), apresentava-se impregnado da tradição norte-

americana de pesquisa social, ao focalizar o âmbito individual segundo aspectos comportamentais e cognitivos.

No Brasil, o quadro das VS e Direitos Humanos (DH) conquistou espaço de forma vigorosa tanto pela necessidade de conter a pandemia da AIDS quanto pela própria conjuntura da reforma sanitária que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), atrelados a diversos movimentos sociais. Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann, Tarantola e Netter (1992) e Mann e Tarantola (1996) e propor novas bases epistemológicas e técnicas para as práticas de conhecimento e intervenção em saúde, Ayres et al. (1999) e Ayres (2014) apontam novas perspectivas para o movimento de construção conceitual da VS.

Partindo da inseparabilidade da teoria e da prática, Ayres (2014) ressalta o caráter hermenêutico do quadro da VS e DH. Para o mesmo autor, estudar uma questão de saúde na perspectiva da vulnerabilidade é sempre buscar um modo de compreender melhor ou de outros modos um problema de saúde. Busca superar a fatoração dos determinantes contextuais na explicação da vulnerabilidade, trabalhando-se com os diversos aspectos individuais, sociais e programáticos implicados no adoecimento de modo sempre mutuamente referido.

Como dito, o conceito 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, ou **vulnerabilidade programática**, podendo as duas últimas serem consideradas na dimensão contextual (AYRES et al., 2012).

A dimensão individual diz respeito às características da vida do indivíduo que contribuem para maior suscetibilidade a uma epidemia, bem como diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre este fenômeno e suas formas de atingi-la, capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu cotidiano. Já a dimensão social, diz respeito à obtenção de informações; às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos. Por fim, a dimensão programática está relacionada aos recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor a uma epidemia e se proteger de seus danos (AYRES et al., 2012).

Embora interdependentes, um estudo pode eleger uma das dimensões analíticas como perspectiva mais ativa para a construção de uma totalidade de sentido para o fenômeno estudado. Especificamente na área da saúde, o quadro analítico da vulnerabilidade emerge

como possibilidade de interpretação na perspectiva de reconceituar a tendência individualizante da doença (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). O significado do termo VS, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas a uma determinada condição, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, recoloca-o na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo (AYRES et al., 2012).

Explicando melhor, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre eles. Além disso, Ayres et al. (1999) propõem 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 enfermidades.

Diferente 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 todo e cada indivíduo (AYRES et al., 2006).

Uma síntese dos elementos que se sugere considerar nas análises de vulnerabilidade, em suas três dimensões, encontra-se no quadro 1. Essa lista não é absoluta, tendo em vista que os elementos a serem considerados têm dependência com os aspectos do objeto a que se propõe estudar, além das possibilidades de análise e intervenção.

Quadro 1 - Aspectos a serem considerados nas três dimensões da análise de vulnerabilidade

Individual	Social	Programática (ênfase no setor saúde)
Valores Interesses Crenças Credos Desejos Conhecimentos Atitudes Comportamentos Relações familiares Relações de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Situação material Situação psico-emocional Situação física Redes e suportes sociais	Normas sociais Referências culturais Relações de gênero Relações de raça/etnia Relações entre gerações Normas e crenças religiosas Estigma e discriminação Emprego Salários Suporte social Acesso à saúde Acesso à educação Acesso à justiça Acesso à cultura, lazer, esporte Acesso à mídia Liberdade de pensamento e expressão Participação política Cidadania	Compromisso político dos governos Definição de políticas específicas Planejamento e avaliação das políticas Participação social no planejamento e avaliação Recursos humanos e materiais para as políticas Governabilidade Controle social Sustentabilidade política, institucional e material da política Articulação multissetorial das ações Atividades intersetoriais Organização do setor saúde Acesso aos serviços Qualidade dos serviços Integralidade da atenção Equidade das ações Equipes multidisciplinares Enfoques interdisciplinares Integração entre prevenção, promoção e assistência Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Respeito, proteção e promoção de direitos humanos Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Ayres et al. (2012).

Cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar 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. No campo da *AIDS*, a emergência dessa referência conceitual tem representado um importante passo no caminho da produção de um conhecimento efetivamente interdisciplinar e da construção de intervenções dinâmicas e produtivas. Para Ayres et al. (2012), não há razões para supor que esse desempenho não possa repetir-se em outras frentes do trabalho em saúde.

Essa assertiva suscitou o desenvolvimento de diversos estudos, onde percebemos que na atualidade pesquisadores de diversas áreas têm utilizado o conceito para compor seu quadro teórico e analítico. No entanto, consideramos que é necessário fazer uma reflexão acerca desses usos e compreender se o que tem sido proposto se aproxima ou se afasta do conceito de VS construído por Ayres (2014; 2012; 1999). Para além desse cenário, é importante indagar se existem outras possibilidades teóricas para a compreensão desse conceito e se podemos não só utilizá-lo em outra área, mas também articulá-lo outros quadros teóricos, bem como para o caráter negativo de inércia e espera pela condição agravante da saúde do ser humano.

O que vemos é o termo vulnerabilidade sendo recorrentemente utilizado na literatura científica, expressando distintas perspectivas de interpretação, relacionadas à situação ou à circunstância em que o termo é empregado. Por conseguinte, não há acordo quanto a uma definição única de vulnerabilidade, tendo em vista a diversidade de disciplinas que a exploram (AQUILAR-PALACIO; GIL-LACRUZ; GIL-LACRUZ, 2012). Atualmente, o conceito de vulnerabilidade é entendido como algo polissêmico, dinâmico, multidimensional, novo e transdisciplinar, abrangendo diferentes níveis de complexidade (MOTTA; DIEFENBACH, 2013).

Nesse contexto, considerando seu caráter polissêmico, percebemos a necessidade de resgatar as definições que foram utilizadas nas publicações para o conceito de vulnerabilidade justamente porque vem sendo utilizado de diversas formas no campo da saúde, inclusive como sinônimo de risco, contradizendo o que foi amplamente discutido por Ayres et al. (2014; 2012). Identificar essas definições é ponto-chave para estabelecer melhores formas de discutir o conceito e operacionalizá-lo no contexto dos serviços de saúde com vistas à promoção da saúde.

Percorrendo sua construção conceitual, verificamos que a vulnerabilidade deriva do termo latino *vulnus*, que significa ferida que evoca, de maneira simbólica, a abertura sangrenta, dolorosa e sofrida. Nesse sentido, poderíamos dizer que seu princípio se relaciona com o cuidar e com a ideia de responsabilidade, pois viver humanamente significa viver na

vulnerabilidade, seja para ser ferido, para o sofrimento, para o desgaste e/ou finitude (MICHAELS, 2017; WALDOW, 2014).

O conceito tem origens remotas e nos últimos anos foi utilizado para a compreensão de diferentes fenômenos, bem como utilizado com diferentes significados. Justificando a necessidade de uma clarificação conceitual com base nos pressupostos do desenvolvimento de conceito de Meleis (2012).

Entendemos que os conceitos e suas definições são mutáveis ao longo de períodos históricos, com suas diferentes conjunturas, porém não podemos perder de vista o que motivou seu desenvolvimento inicial. Esse resgate ajuda na compreensão da utilização atual do conceito e abre espaço para a reflexão acerca das suas possibilidades dentro de uma perspectiva mais ampla e capaz de superar definições que não correspondem ao que de fato ele se propõe, de modo que não seja confundido com conceitos restritos como o de risco.

Embora as publicações utilizem como subsídio as definições de Ayres (2014) e Ayres et al. (2012), os resultados são frágeis e não conseguem avançar no sentido de alcançar o que o autor propõe. Por isso mesmo nos questionamos sobre os usos dessa definição e nos lançamos numa empreitada que admita uma possibilidade complementar de definir o conceito de VS, com a expectativa de que a produção científica advinda desse processo traga subsídios concretos e bases teóricas para a reorganização dos modelos de atenção em saúde pautados na promoção da saúde.

Diante de tal fato, foi necessário fazer uma análise crítica do quadro conceitual trazido por Ayres et al. (2012) de modo a se justificar a necessidade de um esclarecimento conceitual. Assim, apresentamos uma crítica conforme o proposto por Meleis (2012) a partir da análise da clareza dos conceitos relacionados às dimensões individual, social e programática. (Quadro 2)

O quadro revela algumas fragilidades e incompletudes da discussão empreendida sobre vulnerabilidade em saúde. Sabemos que não foi objetivo de Ayres et al. (2012) a construção de uma teoria, mas pensar sobre o conceito numa tentativa de aproximá-lo e articulá-lo à promoção da saúde. No entanto, vimos um potencial para a construção de um modelo conceitual nesse referencial já existente, pois deu indícios de como alguns outros conceitos poderiam ser articulados. Assim, a partir do quadro 2, pudemos direcionar em que lugares poderíamos transitar para compor o propósito desta tese.

Quadro 2 - Clareza dos conceitos da vulnerabilidade em saúde segundo o modelo de análise de teoria de Meleis

Elementos analíticos						
	Individual	Conceitos da dimensão	Social	Conceitos da dimensão	Programática	Conceitos da dimensão
Definições	diz respeito ao grau e à qualidade das informações que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.	Quadro 1	diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metaboliza-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas etc. Todos esses aspectos devem ser, portanto, incorporado às análises de vulnerabilidade.	Quadro 1	para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/AIDS, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia.	Quadro 1
Clareza	Não. Aspecto de definição operacional.	Sim	Não. Aspecto de definição operacional.	Sim	Não. Aspecto de definição operacional.	Sim
Definição constitutiva	Não clara e longa	Não	Não clara e longa	Não	Não clara e longa	Não
Definição operacional	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Adaptado de Borges (2016) e Meleis (2012).

2.2 CLARIFICAÇÃO CONCEITUAL: uma estratégia para desenvolvimento de conceito

Uma série de unidades essenciais consubstanciam um modelo, uma teoria, uma disciplina como tal. Dentre elas, está o que chamamos de conceito, que no senso comum é descrito como ideias ou objetos concebidos pelo espírito, opiniões, sínteses e para o cientista, são palavras que se usam para representar classes de fenômenos. Nesse sentido, constituem também peça fundamental do trabalho dos profissionais de saúde de qualquer área. Os conceitos amadurecem o universo de comunicação, uma vez que, para todos aqueles que trabalham com ele, é necessário construções com significados convergentes (BOEMER,1984).

Os conceitos são a base da ciência, considerados os menores elementos com os quais se constroem as teorias científicas. Desse modo, definem os fenômenos a serem estudados, bem como diferem uma ciência de outra; por isso, cada ciência tem seu próprio conjunto de conceitos, que determina os campos de ação, os métodos, os temas, os objetivos e os objetos de pesquisa. O conceito pode ser compreendido a partir do próprio contexto em que se encontra, não necessitando que o leitor invoque o auxílio de qualquer elemento que não faz parte naquele momento ao texto (DAU, 2006).

Nesse contexto, quando uma palavra ou termo não traz associado a eles um conceito e no contexto do processo de trabalho há a necessidade dessa construção para a afirmação de uma disciplina, profissão ou núcleo, pode ser interessante lançar mão do ‘desenvolvimento de conceito’, processo por meio do qual se atribui um significado ao termo com base nos seus usos e conjuntura relacionados a um determinado período.

Definir, esclarecer, avaliar, operacionalizar e submeter conceitos a testes teóricos e empíricos são processos essenciais e vitais no avanço do conhecimento. Muitas lições em nossa história de pesquisa poderiam informar o futuro do desenvolvimento de conceito. A identificação e o desenvolvimento de conceitos são etapas vitais no progresso de uma disciplina (MELEIS, 2012).

Uma importante premissa a considerar é que os conceitos, uma vez formulados e rotulados, tendem a moldar e guiar o que vemos, e fornecem ordem a observações e experiências que melhoram a compreensão de situações e eventos. Rotular um conceito não deve ser considerado permanente ou estático. Isto devia ser um processo dinâmico que é responsivo a novos conhecimentos, experiências, percepções e dados. Em uma disciplina, os participantes devem ser capazes de articular e rotular novos conceitos ou redefinir conceitos existentes (MELEIS, 2012).

Conceitos, no entanto, evoluem de experiências; suas definições e significados refletem a formação educacional dos teóricos, as perspectivas e os referenciais teóricos que orientam o trabalho deles. O termo desenvolvimento de conceito tem sido usado de forma intercambiável com análise de conceito e clarificação de conceitos. Além disso, as origens filosóficas de conceitos tendiam a ser ignoradas na maioria das estratégias utilizadas na definição de conceitos (DUNCAN; CLOUTIER; BAILEY, 2007). Existem muitos processos diferentes para desenvolver conceitos, e todos eles são vitais para o avanço do desenvolvimento do conhecimento.

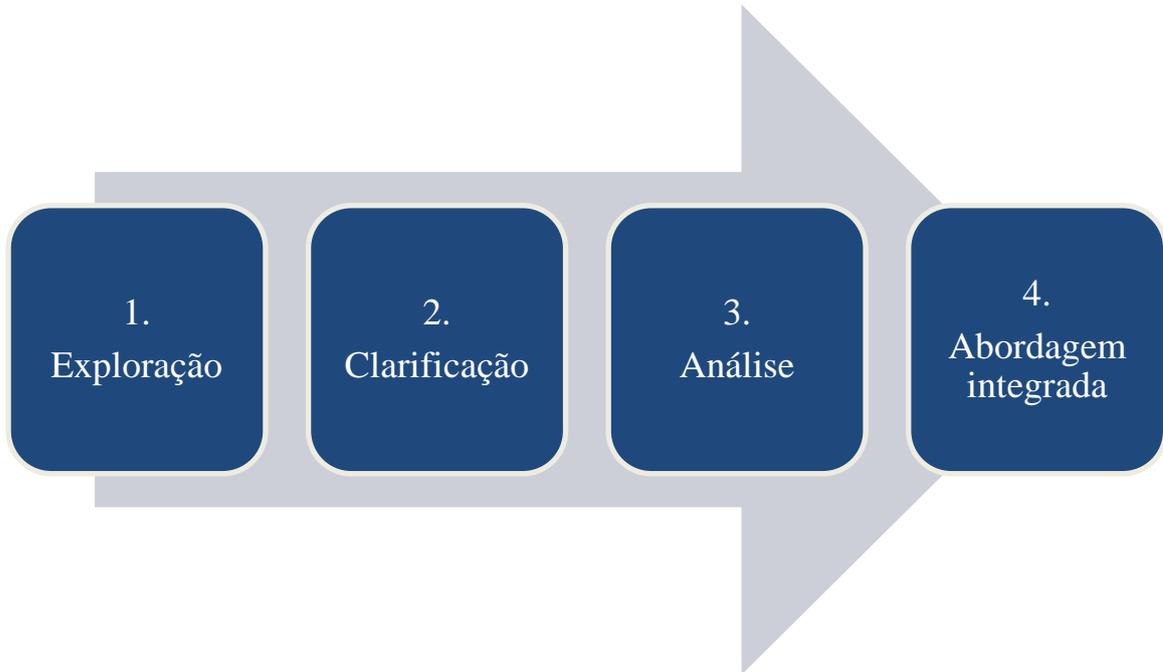
A introdução de opções no desenvolvimento de conceitos permitiu maior congruência com o estilo e formato de agentes de desenvolvimento do conhecimento, bem como com os objetivos e níveis de conhecimento existentes na disciplina de enfermagem. Uma das discussões mais abrangentes sobre o desenvolvimento de conceitos foi fornecida por Beth L. Rodgers e Kathleen A. Knafl em 2000 (ROGERS; KNAFL, 2000). Seu texto seminal incluía capítulos de muitos autores que discutiam a sintaxe ou a substância dos conceitos ou uma combinação de ambos (MELEIS, 2012).

Vários exemplos foram fornecidos de como as estratégias foram utilizadas. Elas foram discutidas no método Wilson de análise de conceito, no método evolucionário de análise de conceito, no modelo híbrido de desenvolvimento de conceito, no esclarecimento de conceito, na análise simultânea de conceito, na abordagem multifásica para análise e no desenvolvimento de conceito e no desenvolvimento de conceito dentro de um contexto crítico-paradigmático (ROGERS; KNAFL, 2000). Dentro de todas estas diferentes estratégias, são alguns processos fundamentais podem ser usados como base para todos os tipos de desenvolvimento de conceito.

Neste capítulo, fornecemos um quadro para estratégias mais fundamentais que levam ao progresso do desenvolvimento de conceitos. O leitor notará que essas estratégias descritas enfatizam a centralidade da prática clínica no desenvolvimento de conceitos, independentemente da estratégia utilizada. Existem quatro principais estratégias fundamentais para o desenvolvimento de conceitos, as quais são utilizadas em vários níveis de desenvolvimento de conceitos de uma área. Cada uma delas tem diferentes processos para avançar o conceito para o próximo nível de desenvolvimento.

O desenvolvimento de conceito aqui tratado por nós foi proposto por Meleis (2012) e apresenta cinco níveis conforme exposto na figura 1:

Figura 1 - Níveis de desenvolvimento de conceito segundo Meleis



Fonte: Adaptada de Meleis (2012).

Para fins dessa tese, discutiremos a clarificação conceitual, pois entendemos que o conceito Vulnerabilidade em Saúde já existe, mas não está claro o suficiente para a sua utilização devido a ausência de definições dos conceitos relacionados e por isso a polissemia, num discurso aproximado ao risco, foi identificada.

O esclarecimento do conceito pode ser usado para refinar conceitos que tenham sido usados sem um acordo claro, compartilhado e consciente sobre as propriedades dos significados atribuídos a eles. O objetivo do esclarecimento conceitual é refinar as definições existentes, aprimorar as definições teóricas, considerar as interrelações entre os diferentes elementos do processo, descobrir novos relacionamentos e discutir esses relacionamentos para resolver conflitos existentes sobre significados e definições (MELEIS, 2012).

A clarificação do conceito foi proposta por Norris (1982) “para promover o desenvolvimento de descrições cada vez mais significativas dos fenômenos de enfermagem” (p. 15). Também foi definido por Kramer (1993, p. 407) como “um processo altamente criativo, rigoroso e intuitivo que pode gerar múltiplos significados úteis para um conceito único”. Embora tenha sido pensado com base na Enfermagem, essa estratégia pode ser utilizada por diversas áreas, pois todas elas lidam com a necessidade de dar significado a um termo bastante utilizado na prática.

Esta estratégia inclui processos de inclusão e exclusão, nos quais são feitas tentativas para definir o que poderia ser incluído e o que poderia ser excluído na fundação, significado e atributos do conceito. Um processo útil é esclarecer limites, definir contextos e definir outros subconceitos em torno desses conceitos que estão sendo esclarecidos. O esclarecimento do conceito reduz a ambiguidade; no entanto, o esclarecimento inclui uma revisão crítica das propriedades de um conceito, iluminando novas dimensões que não haviam sido consideradas de antemão, ampliando a esfera do conceito (MELEIS, 2012).

Os processos de clarificação conceitual incluem as ações de comparar, contrastar, delinear e diferenciar e fornecer exemplares, identificar pressupostos e bases filosóficas, identificando que eventos desencadeiam os fenômenos, e propondo questões a partir de uma perspectiva específica.

De acordo com o artigo clássico e pioneiro de Norris (1982), que perdura e transcende o tempo, a clarificação conceitual é realizada em cinco etapas:

- 1) Após a identificação do conceito a partir da disciplina, bem como a consideração de como ele poderia ser considerado por meio das lentes de outras disciplinas, descreva repetidamente o fenômeno inerente ao conceito;
- 2) Sistematize as observações e as descrições do fenômeno. Estabeleça categorias e hierarquia; continue a observar, descobrir, comunicar e pensar o conceito; desenvolva *insights*. Procure padrões e sequências de eventos. Pergunte e responda a perguntas como: O que aconteceu antes para inspirar o fenômeno? O que aconteceu como resultado do fenômeno?
- 3) Desenvolva definições operacionais e pergunte a si mesmo: Conheceri o conceito quando o vir?
- 4) Construa um modelo. Os modelos fornecem uma ferramenta melhor para a comunicação e ajudam a descrever a relação entre as respostas, os eventos, as situações que estão sendo esclarecidas e outros conceitos relacionados;
- 5) Desenvolva pressupostos e identifique as bases filosóficas relativas aos eventos que desencadeiam o fenômeno.

Todas as estratégias e processos para o desenvolvimento de conceitos são baseados na capacidade do desenvolvedor para usar habilidades de pensamento crítico. Kramer (1993) e Chinn e Kramer (1999) identificaram vários passos para esclarecer conceitos, cada um com

vários processos; estes são: 1) formular os propósitos de esclarecimento; 2) selecionar e sintetizar dados e fontes e; 3) desenvolver uma conceituação. Ao clarificar conceitos, o teórico identifica e examina pressupostos, identifica e analisa contextos, fornece múltiplas interpretações e se envolve em análise reflexiva dos resultados.

O esclarecimento do conceito não requer o desenvolvimento de casos, proposições, hipóteses, antecedentes ou consequências e casos contrários, processos essenciais na análise de conceito. Um conceito esclarecido estimula o pensamento e explica um aspecto de uma determinada área (MAIRIS, 1994).

A clarificação do conceito inclui revisões e análise da literatura para identificar valores e atributos e comparar e contrastar as propriedades que podem ter sido definidas (LACKEY, 2000). Face a o exposto, acreditamos que os processos de esclarecimento conceitual descritos possam contribuir para a identificação dos diferentes significados e conceituações da vulnerabilidade em saúde, traduzindo uma forma de cuidar pautada na promoção da saúde e em processos não geradores de iniquidades.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Clarificar o conceito de Vulnerabilidade em Saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar as publicações científicas acerca da vulnerabilidade em saúde;
- b) Identificar os significados da vulnerabilidade em saúde a partir da literatura existente;
- c) Delimitar os elementos essenciais do conceito;
- d) Descrever os atributos/características e resultados do fenômeno em questão;
- e) Desenvolver as definições constitutivas e operacionais da vulnerabilidade em saúde;
- f) Construir um modelo conceitual de vulnerabilidade em saúde.

4 MÉTODO

Delineamos um estudo teórico-reflexivo que levou em consideração o conceito de Vulnerabilidade em Saúde devido ao seu caráter polissêmico e utilização em várias áreas sob diversas perspectivas e definições. Em vista disso, para alcançar o propósito da tese de clarificar o conceito em questão, optamos pelo desenvolvimento de conceito, mais especificamente a clarificação conceitual (MELEIS, 2012; NORRIS, 1982).

Nesse escopo, uma vez que não foi possível realizar uma pesquisa de campo devido a característica teórica da tese e a pouca utilização do conceito na prática cotidiana dos profissionais de saúde tendo em vista o pouco conhecimento sobre o assunto, resgatamos o estudo documental como possibilidade de dar vazão à clarificação conceitual, mais especificamente por meio da revisão integrativa da literatura.

Assim, o estudo foi desenhado levando em consideração de um lado, a revisão integrativa e de outro, a clarificação conceitual.

4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para guiar todo o desenvolvimento do estudo, adotamos como ponto de partida a realização de uma revisão integrativa. Trata-se de um tipo de estudo por meio do qual são reunidos estudos publicados sobre um tema de interesse com o objetivo de responder a uma questão específica. Desse modo, procedemos as seis fases dessa revisão conforme preconizado por Mendes, Silveira e Galvão (2008): 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluí-dos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

4.1.1 Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

Como dito, o tema da revisão é a vulnerabilidade em saúde, a qual foi identificada na literatura por meio das seguintes questões:

- 1) O que inspirou o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade em saúde e o que antecedeu o fenômeno em questão?
- 2) Quais as características dos estudos que foram publicados sobre o tema?
- 3) Quais são os significados e usos da vulnerabilidade em saúde descrita pelos estudos?
- 4) Quais os elementos essenciais do conceito de vulnerabilidade em saúde?
- 5) Quais características/atributos são apontados como referentes ao conceito e contribuem para o seu reconhecimento?
- 6) Quais são os processos ou situações resultantes da vulnerabilidade?
- 7) Qual a relação entre os conceitos e subconceitos que permitem a construção de um modelo conceitual que clarifica a vulnerabilidade em saúde?

A primeira pergunta não foi contemplada, pois já é sabido das origens, inspirações e eventos que antecederam o conceito em questão, conforme aponta Ayres et al. (2016; 2014; 2012; 2006) e Mann, Tarantola e Netter (1993; 1992). No entanto, foi necessário aqui expô-la como exemplo para melhorar o raciocínio diante das demais curiosidades. Além disso, pressupõe-se que não há uma origem da vulnerabilidade, posto que é um processo eminentemente relacional, sendo discutida na literatura só as inspirações e antecedentes históricos.

4.1.2 Critérios para inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura

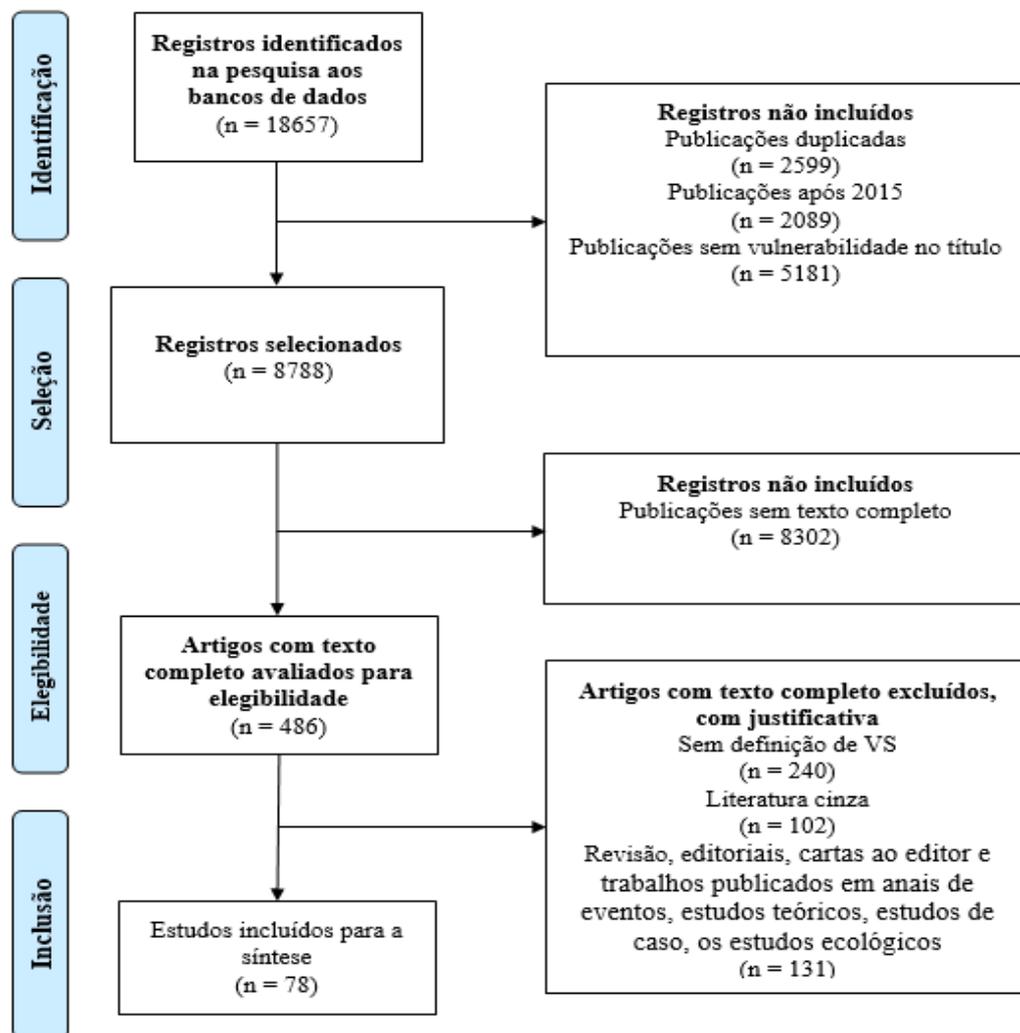
Para responder aos questionamentos, realizamos uma busca de artigos publicados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e no portal *PubMed*. Na busca às publicações nas bases de dados, utilizamos a terminologia preconizada, conforme o vocabulário *Medical Subject Headings of U.S* (MeSH) ou palavra-chave, na seguinte equação de busca: “*vulnerability*” AND “*health*”.

A busca não foi aleatória, pois definimos como critérios de inclusão: todos os artigos com o termo ‘vulnerabilidade’ no título, publicados até dezembro de 2015; disponíveis eletronicamente na íntegra e em qualquer idioma. Foram excluídos os estudos que não deixaram explícitos na introdução ou método a definição de VS utilizada; as teses, dissertações,

monografias, os editoriais, cartas ao editor e trabalhos publicados em anais de eventos, os estudos teóricos, os estudos de caso, os estudos ecológicos, os estudos de revisão. Ressaltamos que a busca nas bases de dados aconteceu de forma individual por dois pesquisadores. Esta estratégia foi seguida para garantir que os artigos selecionados atendiam aos critérios estabelecidos de forma consensual, com vistas a validar a busca.

Inicialmente, o processo de seleção dos estudos foi executado em leitura minuciosa de títulos e resumos, de modo que foram para seleção final os estudos que atenderam os critérios de inclusão e exclusão citados. Destacamos que para relatar o processo de seleção dos estudos, utilizamos o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme mostra a Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma da seleção das publicações para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA



4.1.3 Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Posteriormente, foi realizada análise crítica e extraídas as principais informações de cada artigo selecionado, de acordo com os seguintes aspectos do roteiro de observação: identificação do estudo (fonte, título, autores, ano e objetivos); método; e análise crítica (resultado e conclusão) (APÊNDICE A).

4.1.4 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Essa fase é caracterizada pela avaliação crítica dos artigos e análise dos dados. No entanto, nessa etapa, não estabelecemos instrumentos para a avaliação da qualidade dos estudos, pois a intenção era identificar o que se fala sobre e não a validade dos dados. Além disso, o nível de evidência e recomendações também não foram considerados, já que não se trata da utilização de alguma intervenção para a prática de uma determinada área profissional ou da necessidade de sumarização de um determinado efeito.

Aqui nessa tese, a intenção estava mais voltada a contextualização, aos conceitos e às questões mais teóricas da vulnerabilidade em saúde. Dessa forma, a análise foi realizada em aspecto quantitativo e qualitativo. O aspecto quantitativo subsidiou a primeira etapa da clarificação, onde utilizamos a estatística descritiva para quantificar alguns aspectos das publicações sobre o tema, conforme Apêndice A. E o aspecto qualitativo foi subsidiado pela análise categorial temática e pela utilização do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) de acordo com cada um dos objetivos e questões norteadoras propostas.

Para a análise temática, fizemos inicialmente a primeira leitura dos recortes expressivos dos artigos para atingir os níveis mais profundos de modo a nos aproximarmos mais do conteúdo do material. Na segunda etapa, realizamos a exploração do material, ou seja, nesse momento fizemos a análise propriamente dita, realizando as reduções dos recortes de acordo com palavras-chave ou significados aproximados. Na etapa final, elaboramos uma síntese interpretativa por meio de uma redação que pudesse dialogar com os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa, conforme as perguntas norteadoras para alcance das fases da clarificação conceitual. Essa síntese resultou nos principais componentes do modelo conceitual

como abordado com maiores detalhes nos tópicos relacionados à clarificação conceitual (MINAYO, 2014).

No que concerne ao IRAMUTEQ, este programa é livre e ancorado no *software R* e, sob enfoque qualitativo, possibilita diferentes processamentos de *corpus* textuais e de tabelas indivíduos/palavras. Além disso, viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (CAMARGGO; JUSTO, 2013).

Nessa fase, optamos pela Análise de Similitude ou de Semelhanças, disponíveis no *software*, ideal para o estudo da relação entre objetos discretos de qualquer tipo, possibilitando a identificação das coocorrências entre as palavras e seu resultado; esse tipo trouxe indicações da conexão entre as palavras e auxiliou na identificação da estrutura de um *corpus* textual, distinguindo também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas em análise (CAMARGGO; JUSTO, 2013).

4.1.5 Interpretação dos resultados

A interpretação dos resultados se deu com base nos conceitos principais de cada uma das categorias que emergiram, as quais foram aproximadas aos conceitos de poder – de Michel Foucault – e de precariedade social, de Judith Butler. Outros autores também levamos em consideração, haja vista a quantidade de conceitos e definições emergidas.

4.1.6 Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A revisão foi apresentada de forma textual, em quadros ou figuras, levando em consideração as fases da clarificação conceitual.

4.2 CLARIFICAÇÃO CONCEITUAL

Para essa tese, a clarificação conceitual foi a estratégia utilizada para a construção do modelo, pois tem sido utilizada para refinar conceitos que não estão claros, levando em consideração as etapas adaptadas de Meleis (2012) e Norris (1982):

4.2.1 Descrição do fenômeno inerente ao conceito

Essa descrição foi atendida pela resposta à segunda e terceira perguntas da revisão integrativa, onde foram categorizadas todas as informações gerais e metodológicas dos estudos selecionados. Na apresentação dessa etapa, construímos categorias e analisamos conforme a estatística descritiva - frequência simples e percentual - para quantificar aspectos gerais e metodológicos das publicações como consta no Apêndice B.

Além desse aspecto, entendemos que seria importante realizar a identificação das definições e dos usos da VS nos estudos, respondendo à terceira questão da revisão integrativa: Qual a definição e usos do conceito trazida por eles?

Inicialmente, identificamos nos artigos as definições utilizadas como parte do referencial teórico, as quais constituíram o *corpus* do estudo e as quais foram atribuídos significados. Estes por sua vez foram categorizados em novos significados, constituindo os principais usos do conceito, após comparação do significado com os principais resultados encontrados.

4.2.2 Sistematização das observações e das descrições do fenômeno

Já a identificação de antecedentes e consequentes do conceito é o levantamento de incidentes ou eventos que acontecem a priori ao fenômeno (necessários para a sua ocorrência) e a posteriori (eventos ou situações que surgem ou resultam da presença do fenômeno) (FERNANDES et al., 2011; RODGERS, 2000; WALKER; AVANT, 2011).

Como já discutido, as respostas às perguntas sobre ‘Que eventos desencadeiam o fenômeno?’ e ‘O que aconteceu antes para inspirar o fenômeno?’ já foram respondidas em outras ocasiões por Ayres et al. (2016; 2014; 2012; 2006) e Mann, Tarantola e Netter (1993; 1992), não se fazendo pertinente novo apanhado sobre tais considerações. E, depois, ela não pode ser respondida porque partimos do pressuposto que o fenômeno da vulnerabilidade em saúde não tem antecedentes que o desencadeiam, já que não estamos falando de causa e efeito, dado que ocorre numa interação de elementos. No entanto, para as questões históricas, sugerimos os autores citados anteriormente.

Assim, entendemos como importante para essa etapa, a identificação dos principais elementos do conceito, a descrição de possíveis relações entre eles e sua definição, levando em

consideração à quarta pergunta da revisão integrativa. Nessa fase, utilizamos *software* IRAMUTEQ.

Com a utilização do software, foi possível encontrar dois elementos essenciais: o indivíduo e o social, os quais foram, posteriormente, submetidos a uma nova configuração.

4.2.3 Desenvolvimento das definições operacionais, e pergunta a si mesmo e aos outros: Como vou conhecer o conceito quando o ‘vejo’?

Nessa etapa, respondemos à quinta pergunta referente aos atributos e desenvolvemos suas definições constitutivas e operacionais, com base em cada uma das etapas da análise categorial temática. Fichamos os artigos e após a extração dos principais recortes, estes foram categorizados de acordo com palavras-chave semelhantes e recategorizados até resultarem nos atributos (considerados como os principais conceitos e subconceitos da VS).

De forma mais clara, os atributos são palavras ou expressões que aparecem repetidamente na literatura, que mostram a essência do conceito. Esses atributos constituem características que expressam o conceito, as quais atuam como elementos diferenciais, isto é, para discriminar o que é uma expressão do conceito daquilo que não é. Nos casos em que o conceito é muito abstrato, os seus atributos, geralmente, têm também alto grau de abstração (FERNANDES et al., 2011; RODGERS, 2000; WALKER; AVANT, 2011).

Já a definição constitutiva é representada por um construto definido por meio de outros construtos. Nesse caso, o construto é concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere. Por fim, as definições operacionais são aquelas que atribuem significado comunicável a um conceito, reunindo os elementos-chave para a sua construção (BORGES, 2016; MARTIN ARRIBAS, 2004; PASQUALI, 2003; PRIETO; BADIA, 2001).

4.2.4 Construção do modelo

O modelo conceitual de vulnerabilidade em saúde foi desenvolvido com base nos resultados das etapas anteriores, dando visibilidade para os elementos essenciais, seus conceitos e subconceitos relacionados, bem como seus consequentes e em como eles estão articulados. Para isso, optamos por realizar um desenho que pudesse mostrar minimamente como a vulnerabilidade em saúde acontece. Essa fase passou primariamente por três momentos: construção teórica (realizada em todas as etapas anteriores da clarificação), desenho do modelo (realizada utilizando recursos artísticos: desenho gráfico e música) e a explicação e reflexão sobre o modelo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram desenhados tendo como norte as fases da clarificação conceitual, embora tenham surgido novos elementos para que a vulnerabilidade em saúde pudesse ser discutida, pensando na descrição e contextualização do fenômeno, seus usos e significados, atributos e suas definições e consequentes, além da construção específica do modelo conceitual.

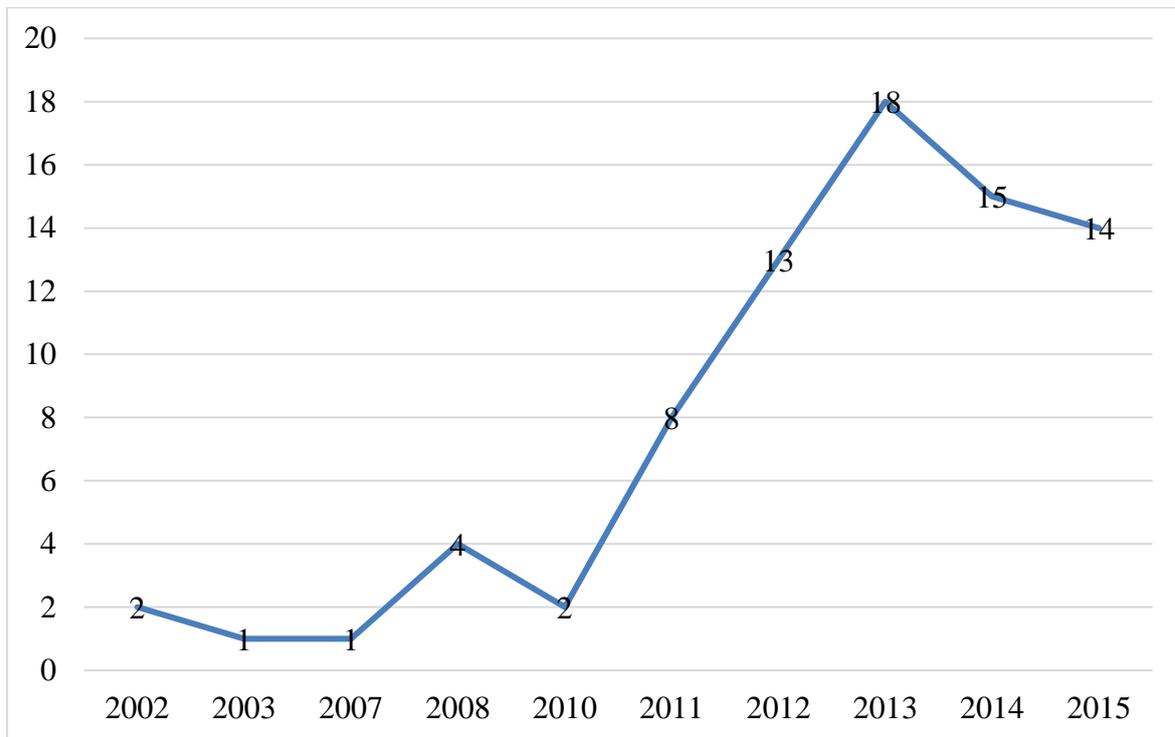
5.1 VULNERABILIDADE EM SAÚDE: descrição e contextualização do fenômeno no discurso científico do século XXI

As análises e reflexões sobre o conceito de vulnerabilidade em saúde foram desenvolvidas a seguir, tomando como ponto de partida os 78 artigos selecionados pela revisão integrativa no período de 2002 a 2015. Além da caracterização das publicações, retomamos de modo sucinto um pouco da história do conceito, a fim de situar melhor o leitor perante os estudos no século XXI (APÊNDICE B).

A palavra vulnerabilidade tem origem do latim (MICHAELS, 2017) e seu emprego enquanto termo tem sido utilizado em diversas áreas. Na saúde, o termo tem sido visto desde o início do século XIX com enfoque epidemiológico sem, contudo, ganhar status de conceito estruturado. Em busca realizada no site de periódicos da CAPES (2017), que agrega publicações em bases de diferentes partes do mundo e em diferentes áreas, a noção de vulnerabilidade em saúde pôde ser vista em um artigo datado de 1857 em uma das revistas de maior referência da área, a *The Lancet* (LANCET, 1857).

Como vimos, embora o termo vulnerabilidade tenha origens remotas, com desdobramentos para diversas áreas, em especial dentro construções teóricas na saúde desde a década de 1980, percebemos que o conceito de vulnerabilidade em saúde foi citado junto a sua definição como referencial para a compreensão de diferentes fenômenos em pesquisas originais a partir de 2002, sendo o número de publicações crescente ao longo dos últimos anos com um pequeno decréscimo a partir de 2013. Do total de artigos selecionados para a pesquisa, 12,8% (10) foram publicados de 2002 a 2010 e só nos cinco primeiros anos da década atual, as publicações já são a grande maioria (87,2%; 68). (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Frequência absoluta anual de publicações dos estudos sobre vulnerabilidade em saúde de 2002 a 2015



Fonte: Elaborado pela autora.

No escopo da saúde, o conceito é novo e por isso as publicações vieram crescendo após a estruturação dos quadros conceituais norte-americano e brasileiro. Nos estudos onde esses quadros foram utilizados, visualizamos uma forma de ‘experimentação’ do uso do conceito em diversos cenários, com diversos métodos envolvidos e publicados em diferentes revistas. Apesar disso, como visto no Gráfico 1, o conceito atrelado a sua definição parece ter sido menos utilizado a partir de 2013, ficando alguns questionamentos.

É uma tendência a diminuição do uso do conceito? Ou houve consenso científico onde a sua definição parece ter ficado evidente sem a necessidade de apresentá-la ao discutir o conceito? É evidente que precisaríamos de mais tempo para responder de forma cautelosa a esses questionamentos. O que não nos impede de tecer nossas considerações. Pensamos, pois, ter sido mais relacionado à segunda opção. No entanto, o conceito acabou sendo tão utilizado no discurso científico que parece ter voltado aos seus primórdios quando era apenas um termo, vinculado a uma noção vaga e intuitiva do estado de saúde de um indivíduo ou de grupos populacionais, necessitando de uma retomada em seus aspectos histórico-epistemológicos.

Além disso, perguntamo-nos: A utilização do conceito realmente consegue alcançar as proposições que foram inicialmente construídas? Afinal, do que e de quem se fala ao mencionarmos a vulnerabilidade em saúde?

Essas e outras indagações prescindem de respostas ou mesmo discussões e reflexões sobre elas que facilitem e abram espaço para uma abordagem na saúde que facilite a aproximação dos profissionais de saúde com os sujeitos para os quais são dispensados seus cuidados, sem, contudo, criar um estereótipo de ‘sujeitos vulneráveis’, o que mais uma vez traria abordagens focalizadas em saúde, reforçando preconceitos. De acordo com Parley (2010), em muitas situações os rótulos são dados pela sociedade, sugerindo que a vulnerabilidade é, de fato, uma condição que pode ou não ser aceita por pessoas que são assim definidas pela sociedade. Isso porque, na maioria das vezes, as ações governamentais voltadas para o público considerado ‘vulnerável’ se restringem a aspectos individuais e não a processos de vulnerabilização social.

Nesse sentido, a ideia é que pensemos nos processos de vulnerabilização, ou seja,

processos de (não) reconhecimento, ou desrespeito, com consequências danosas para aqueles que o sofrem, ao mesmo tempo que expõem fragilidades (afetivas, normativas e éticas) que reclamam respostas que podem se estender do plano das relações interpessoais até o campo macropolítico da conformação das normatividades sociais e estruturas institucionais” (AYRES, 2014, p. 22).

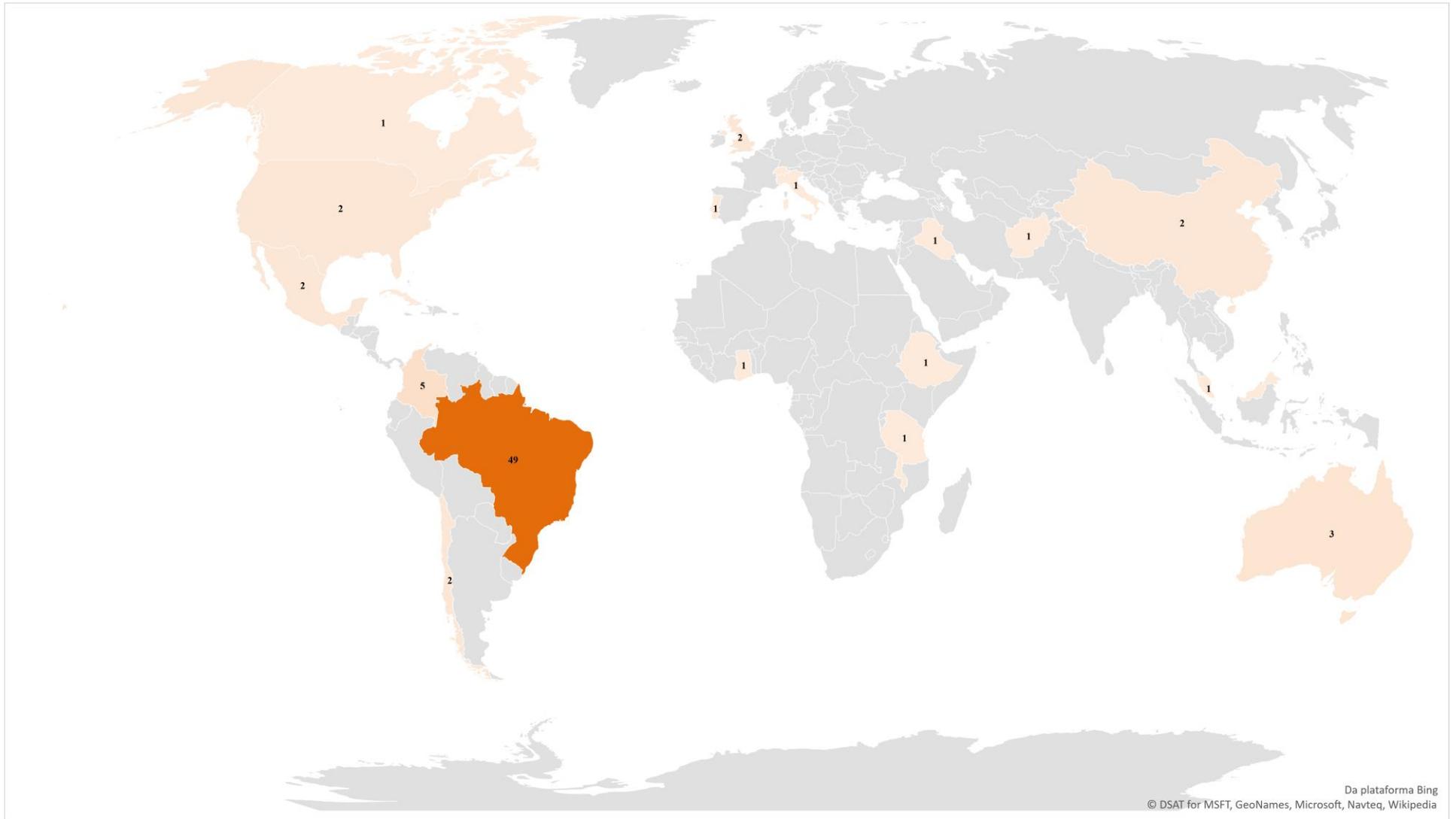
Concordamos com Oviedo e Czeresnia (2015), quando assumem que um uso pouco cauteloso do conceito pode levar a confusões que restringem sua força teórica. Não há como negar que, no contexto descrito, os estudos assinalados apenas fazem uso da vulnerabilidade como uma simples noção. Essa crítica não diminui a importância desses estudos; pelo contrário, esclarece seu âmbito de intervenção e o recorte da realidade que assumem.

Apesar disso, fica evidente a importância do conceito para a saúde coletiva do mundo, pois tem sido discutido em diferentes países, chegando aos cinco continentes, com destaque para a América do Sul, especificamente para o Brasil, caracterizando-se como um conceito abrangente que foi e está sendo discutido mundialmente, guardadas as devidas proporções (Gráfico 2). Esse interesse maior das Américas em conversar sobre o tema decorre da própria questão histórica do seu desenvolvimento conforme apresentamos anteriormente.

O Brasil foi um dos cenários em que o conceito mais fortemente emergiu e onde importantes consequências têm sido desdobradas de seu desenvolvimento conceitual e sua aplicação prática. Como dito, o conceito surgiu da eclosão da epidemia de HIV, mas fortemente

tributário de desenvolvimentos conceituais e atitudes tecnopolíticas que pode ser vinculado, de modo genérico, ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o desenvolvimento do conceito de ‘vulnerabilidade’ foi fortemente influenciado pela resposta brasileira à epidemia. Aqui, ele experimentou – e tem experimentado – criativos esforços de adensamento teórico e explicação prática; daqui tem sido fortemente disseminado, influenciando pesquisadores, técnicos e ativistas de diversas regiões do globo (AYRES, 2014), como mostrado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Países onde foram desenvolvidos os estudos sobre vulnerabilidade em saúde (2002-2015)



Fonte: Elaborado pela autora.

Isso mostra o interesse dos pesquisadores de diversas partes do mundo em desenvolver pesquisas que utilizem referenciais da saúde coletiva e que busquem contextos mais ampliados para discutir os processos de saúde-doença-cuidado.

Quando observamos as abordagens e os tipos de estudo os quais foram desenvolvidos utilizando o conceito, deparamo-nos com estudos quantitativos (43,6%;34), qualitativos (41,0%;32); metodológicos (9,0%;7) e quantitativos e qualitativos (6,4%;5). Na primeira década, apenas estudos quantitativos ou qualitativos foram publicados, sobressaindo-se os qualitativos (60%;6). Na década seguinte, perderam espaço para os estudos quantitativos (44,1%;30), que somados aos metodológicos já são 54,3% (37) do total das publicações desse período em específico. Os estudos mistos não foram publicados de 2002 a 2010, aparecendo a partir de 2011, mas ainda de modo tímido (7,4%;5). De forma geral, o conceito tem sido discutido dentro do âmbito epidemiológico, mostrando que os autores têm uma percepção da vulnerabilidade em saúde de algo com caráter positivista.

Como visto, com o surgimento do quadro conceitual, os estudos que utilizaram o método qualitativo ganharam destaque até 2010, pois a proposta inicial previa uma construção baseada na síntese e não na fatoração analítica trazida pelos estudos quantitativos. Desse modo, pensamos ser necessário discutir que tipo de método traria maior proximidade com o conceito. Mas aí nos perguntamos: Há uma abordagem metodológica que traga mais benefícios para a discussão e aplicação do conceito em questão?

Para Ayres (2014, p.8),

“Assume-se que o fundamento e legitimidade desse tipo de conhecimento não se sustente no desvelar de qualquer regularidade fenomênica, ao modo de leis naturais, ou em desdobramentos necessários de relações formais de natureza lógica ou matemática, mas em sua efetiva capacidade de expressar uma experiência prática que é sempre dotada de sentido e em relação ao qual os diversos fenômenos estudados ganham interesse e significado - o que está em questão, por que está, de que modo nos interpela, que alternativa nos abrem, que valores e sentimentos nos despertam, que capacidades e ações nos cobram.”.

No entanto, o fato de que, em seu sentido forte, a perspectiva da vulnerabilidade e direitos humanos nos remeta à hermenêutica de modo originário não significa que todos os estudos orientados por esse referencial adotem desenhos e formas de argumentação vinculados a escolas de pensamento e pesquisa de corte compreensivo-interpretativo. Diversas

construções de outras tradições teóricas e metodológicas têm trazido expressivas contribuições ao conhecimento e redução da vulnerabilidade (AYRES, 2014).

O caráter compreensivista sugerido nos desperta para as questões mais amplas no sentido de 'integral', mas também nos faz repensar e pensar no não regular, no diverso, reconhecendo que os processos que irrompem da vulnerabilidade não são essencialmente individuais, o caráter social também é um de seus elementos e não devemos pensar nesse conceito como sistêmico, onde um elemento teria mais 'poder' que o outro, ou estaria dentro do outro. Na verdade, quando falamos em vulnerabilidade, estamos falando de processos contínuos de forças que desenham os caminhos pelos quais o indivíduo-social é reconhecido na cena social.

Esse caminho segue diversas linhas e diversas formas, uma delas é sob a ótica da abordagem qualitativa, não necessariamente compreensivista. E como trata-se do diverso, pensamos que as abordagens estritamente quantitativas não trariam nuances importantes que a regularidade das análises de probabilidade, de risco produzem, sendo uma forma mais exploratória ou complementar. Esse fato nos coloca em uma situação que nos faz pensar em estudos que tragam as duas abordagens, sem, contudo, tomá-las de forma superficial. Até porque pesquisas sem profundidade não agregariam ao conceito de vulnerabilidade dado a sua própria complexidade. No entanto, as pesquisas mistas bem delineadas, cujas análises sejam desenvolvidas com profundidade, ainda são escassas, provavelmente fruto da pressão acadêmica que os pesquisadores sofrem por produção e que conseqüentemente os fazem optar por caminhos e tempos mais curtos.

Outros aspectos relevantes surgiram quando analisamos as revistas, cenários e temáticas relacionados ao conceito. No que diz respeito a essas questões, observamos que a vulnerabilidade em saúde figura principalmente no campo da Saúde Coletiva, em especial no contexto da atenção primária, conversando com outros setores ainda de forma pouco expressiva e falando de doença em detrimento da saúde de forma geral.

As revistas nas quais os estudos sobre vulnerabilidade foram publicados ratificam a importância do conceito na área da saúde coletiva, uma vez que observamos maior quantidade de publicações em revistas da área epidemiológica e da enfermagem. Sobressaíram-se a Revista Ciência e Saúde Coletiva (7,4%;6), seguida da Escola de Enfermagem da USP (6,2%;5). Embora saibamos a importância que o conceito tem ganhado nos últimos anos dentro do campo da Saúde Coletiva, reconhecemos que os três eixos não têm

sido contemplados, uma vez que as ciências sociais ainda têm se mostrado tímida dentro das publicações sobre esse tema, fragilizando-o enquanto alternativa para discussões nesse campo.

O cenário onde os estudos foram desenvolvidos corresponderam em geral aos três níveis de atenção à saúde. Ademais, vimos diferentes espaços onde o conceito foi discutido: desde o ambiente domiciliar, passando por local de trabalho, escola e universidade, traduzindo um pouco a aproximação com a promoção da intersectorialidade a que o conceito se propôs nos seus quadros conceituais originários. Os serviços de saúde se destacaram em grande parte (64,1%; 50) das publicações, seguidos dos diversos espaços públicos ou privados (21,8%; 17), bem como espaços educacionais: universidades (10,2%; 8) e escolas (2,6%; 2). Uma pesquisa envolvendo distintos setores também foi encontrada: universidade e atenção terciária (1,3%; 1).

No setor da saúde, a atenção primária foi a que protagonizou mais estudos (28,2%; 22), depois a terciária (16,6%; 13), secundária (9,0%; 7); serviços de saúde não especificados (6,4%; 5); secundária e terciária (1,3%; 1); feiras de saúde (1,3%; 1); e *home care* (1,3%; 1). Dos artigos publicados na primeira década, quase a metade (40,0%; 4) teve como cenário a atenção secundária devido à questão da atenção ambulatorial dada às pessoas com HIV/AIDS, principalmente relacionada ao aconselhamento em serviços específicos à época do surgimento do conceito. Na década seguinte, a atenção primária foi destaque: dos 68 artigos, pouco mais de um terço foi discutido nesse aspecto (30,9%; 21), contemplando o proposto em relação à promoção da saúde, ponto-chave do conceito de VS.

Para além da vulnerabilidade dos grupos populacionais abordada na perspectiva da atenção primária, é importante também reconhecermos a vulnerabilidade de pacientes durante a prática clínica. Loh (2017), ao discutir esse reconhecimento também nos faz refletir sobre as possibilidades que se têm na condução da terapêutica individual quando nos aproximamos da vulnerabilidade no âmbito clínico, resgatando a dimensão institucional e política. No entanto é preciso esclarecer que a prática na promoção da saúde no cenário da atenção primária não deve ser dissociada da prática clínica, uma vez que aquela é abrangente e permite que diversas ações e setores trabalhem em conjunto.

De forma complementar, as principais temáticas envolvidas disseram respeito às doenças infecciosas (DI), crônicas ou agudas (47,4%, 37), seguida das Doenças Crônicas Não Infecciosas (DCNI) (10,3%, 8) e saúde da criança (10,3%, 8), saúde da mulher (5,1%, 4) e saúde do trabalhador (5,1%; 4) e Família (3,8%; 3). Outras temáticas também foram abordadas e estudos em diferentes situações e agravos foram realizados: conduta profissional (1,3%;1),

saúde mental (1,3%;1), drogas (1,3%;1), estressores ambientais (1,3%;1), cuidado (2,6%; 2), serviços de emergência (2,6%;2), saúde do idoso (2,6%;2), violência (2,6%;2) e vulnerabilidade geral (2,6%;2). Na primeira década, os primeiros artigos versaram em sua maioria sobre doenças infecciosas e posteriormente houve maior diversidade de temas, como doenças crônicas não infecciosas e saúde da criança, os quais apareceram com mais frequência após as DI.

Essas características das produções científicas colocam a vulnerabilidade em saúde numa perspectiva de um quadro teórico em construção, com potencial para a Saúde Coletiva e promoção da saúde, como já apontado por Muñoz Sánchez e Bertolozzi (2007) e Oviedo e Czeresnia (2015). A Saúde Coletiva enquanto campo de política, saberes e práticas é cenário que prescinde de discussões sobre a vulnerabilidade dado seu caráter biossocial, ético, experiencial e político (OVIEDO; CZERESNIA, 2015; SPIRES, 2000). Essa necessidade emerge nas pesquisas já publicadas quando vemos os diferentes cenários. No entanto, ainda é necessário avançar nesse aspecto, pois até que processos praxiológicos aconteçam, os aspectos epistemológicos do conceito precisam ser desenvolvidos de forma consistente, trazendo também os aspectos positivos da saúde.

5.2 SIGNIFICADOS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE NO DISCURSO CIENTÍFICO

Na tecitura do processo de construção do conceito de vulnerabilidade em saúde, cinco significados centrais corroboraram ao agregar elementos essenciais para compreensão do acontecimento em análise: risco, possibilidade, suscetibilidade, sentimento e precariedade. (Figura 3)

Figura 3 - Significados atribuídos ao conceito de vulnerabilidade em saúde



Fonte: Elaborada pela autora.

Em adição a esses significados encontrados, recorreremos a uma síntese das definições encontradas nos artigos analisados, as quais reforçaram a polissemia do conceito de VS.

Quadro 3 - Usos e significados do conceito de vulnerabilidade em saúde.

SIGNIFICADOS APROXIMAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS	E	USOS REFERENCIAL NO	SÍNTESE 1	SÍNTESE 2
Risco		Exposição / 27 definições	Exposição aos riscos devido a combinação de políticas e procedimentos inadequados relacionados a questões individuais ou culturais que desencoraja a participação das pessoas na prevenção de agravos.	Probabilidade aumentada de perdas na saúde e redução do bem-estar da população devido um conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos, cuja relação resulta na exposição ou na proteção contra um dano.
		Fator de risco / 20 definições	Conjunto de fatores de risco individuais, sociais e programáticos que incidem diretamente sobre a maior ou menor exposição de homens e mulheres a um complexo de comorbidades, reduzindo bem-estar quando confrontados com eventos adversos, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção contra um dano.	
		Probabilidade / 2 definições	Probabilidade identificadamente aumentada de incorrer em perdas na saúde da população causadas por certos fatores ou mudanças individuais e sociais.	
Possibilidade		Possibilidade / 5 definições	Movimento que considera a possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento e extensão das perdas de saúde da população como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, biológicos, mas, também coletivos, contextualizados no cenário cultural e social em que se insere a pessoa humana.	Movimento que considera a possibilidade de mudança de uma condição para outra, ou de um estado do ser humano para o adoecimento, perigo ou ameaça relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições sociais, culturais ou individuais em que se insere a pessoa humana.
		Potencial / 3 definições	Potencial sempre presente que poderia afetar qualquer um na forma de infecção ou após a interrupção que uma pandemia poderia desencadear.	
		Chance / 13 definições	Chance de exposição das pessoas ao adoecimento/agravo como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que acarretam maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger desses.	
		Estado de ameaça / 4 definições	Representa o <i>emic</i> , ou seja, o "estado de ser ameaçado" em relação à integridade física, moral, psíquica, espiritual, social ou afetiva dos indivíduos ou populações.	
Suscetibilidade		Suscetibilidade / 40 definições	Perspectiva ética de diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades para ser ferido, ao sofrimento, adoecimento/agravo e finitude, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.	Perspectiva ética de diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades que os levam ao sofrimento, adoecimento/agravo e finitude, segundo particularidades formadas pelo conjunto de aspectos sociais, programáticos e individuais, que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.
		Fragilidade / 8 definições	Estado dinâmico e mutável de fragilidade tipicamente humano, possuidor de diferentes dimensões e fruto de diversos fatores e situações intrínsecos e extrínsecos ao usuário do sistema de saúde ou ao profissional imbuído de seus cuidados. Este estado impulsiona-os à formulação de estratégias de enfrentamento ante a vivência do intercurso processual saúde-doença-cuidado.	
		Ferida / 7 definições	Abertura potencial à exposição/dano, à tentação, persuasão ou censura; a abertura sangrenta, dolorosa e sofrida, ou seja, ferida física ou emocional.	
		Estado de ameaça / 4 definições	Representa o <i>emic</i> , ou seja, o "estado de ser ameaçado" em relação à integridade física, moral, psíquica, espiritual, social ou afetiva dos indivíduos ou populações.	
Sentimento		Sentimento / 4 definições	Experiência de sentir-se indefeso, com medo e aberto ao mal, estressado e ansioso que afeta o funcionamento fisiológico, psicológico e social, além da falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento.	Experiência de sentir-se indefeso, com medo e aberto ao mal, estressado e ansioso que afeta o funcionamento fisiológico, psicológico e social, além da falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento.
Precariedade		Privação / 7 definições	Privação do indivíduo de algum ou de todos os direitos e serviços sociais como a falta de acesso a serviços e/ou informações, incapacidade de obter representação total ou falta de poder político e finalmente, falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento as quais poderiam reduzir a capacidade do ser humano para o manejo, tanto da saúde quanto do bem-estar geral.	Condição de precariedade do ser humano que se manifesta em todas as suas dimensões (ontológica, ética, natural, cultural e social) e atinge sujeitos cujas condições de vida e saúde são influenciadas ou determinadas pelos déficits de poder, num contexto social e histórico, podendo reduzir a capacidade para o manejo dos próprios interesses relacionados à saúde e ao bem-estar.
		Desproteção / 25 definições	Dificuldade de proteção dos próprios interesse	
		Capacidade reduzida / 19 definições	Estado dinâmico e mutável de capacidade de autodeterminação reduzida de apresentar uma resposta eficaz diante de um evento devido à déficit de poder, ausência de recursos individuais, sociais e dificuldade de adaptação ao contexto, sendo possuidor de diferentes dimensões e fruto de diversos fatores e situações intrínsecos e extrínsecos ao usuário do sistema de saúde ou ao profissional imbuído de seus cuidados.	
		Precariedade / 3 definições	Precariedade social do ser humano que se manifesta em todas as suas dimensões (ontológica, ética, natural, cultural e social) e atinge um sujeito cujas condições de vida e saúde são influenciadas ou determinadas pelo social e pela história, podendo reduzir a capacidade para o manejo da saúde e bem-estar.	

Fonte: Elaborado pela autora.

Como visto na figura 3 e no quadro 3, um dos efeitos de verdade que emergiu foi o conceito de risco. Embora apresentado no contexto das definições de vulnerabilidade, não deve ser confundido como um sinônimo deste, pois adjetiva uma condição insalubre e designa inferências construídas mediante comportamentos estatísticos; o risco é a expressão matemática da inferência epidemiológica. Expressa a racionalidade aplicada que é a Epidemiologia e, simultaneamente, a identidade discursiva da comunidade de epidemiologistas (AYRES, 2011).

A síntese das definições trazida pelos autores de diversos estudos nessa perspectiva do risco nos permitiu definir a VS como a **“Probabilidade aumentada de perdas na saúde e redução do bem-estar da população devido um conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos, cuja relação resulta na exposição ou na proteção contra um dano.”**

Como tal, vimos que, num primeiro momento, não se tem conseguido abandonar o discurso do risco. No entanto, os paradoxos científicos vivem momentos de transição até que se consiga fazer referência a um novo conceito e aplicá-lo sem que nele se observe elementos demasiados ou não se observem elementos de modelos anteriores no discurso de uma comunidade científica (KUHN, 2006).

Para Thomas Kuhn, acontece o que se chama de Revolução Científica, ou seja, um processo de transferência de um paradigma a outro, onde ocorre, a partir de uma crise, uma nova concepção a respeito de um determinado fenômeno. Seu pensamento é fundamentado no paradigma, que é um conjunto de regras, suposições teóricas gerais, e técnicas para aplicação de leis; orienta e dirige a atividade de grupos de cientistas que nele trabalham. “Paradigma é o que os membros de uma comunidade científica compartilham e, reciprocamente, uma comunidade científica consiste em homens que compartilham um paradigma” (KUHN, 2006, p. 30).

Apesar de muitos estudos utilizarem o conceito na perspectiva do paradigma do risco, observamos que outras questões emergiram, trazendo significados como os de ‘possibilidade’, ‘susceptibilidade’, ‘sentimento’ e ‘precaridade’, com definições distintas.

Esses outros significados se apresentam como forma de superar o conceito de risco, numa tentativa de ressignificar o sujeito dentro das pesquisas e das práticas em saúde. Um dos mais expressivos chamou atenção pela tentativa de ressignificação do conceito de VS. Esse diz respeito à ‘possibilidade’, que agregou termos como potencial, possibilidade, além de outros já descritos de forma clássica, no caso de ‘chance’.

Importante comentar que esse conceito de chance não diz respeito à razão de chance tão utilizada nos estudos analíticos quantitativos, mas implicitamente também carrega a noção

de possibilidade como movimento multideterminado. Nesse sentido, percebem-se semelhanças com o conceito de risco. No entanto, diferencia-se deste, pois a linguagem matemática não está aqui representada e sim o processo pelo qual o homem adocece ou não.

Diversos autores utilizaram o conceito com esse significado de possibilidade, muito embora os resultados nem sempre tivessem correspondência. No entanto, consideramos válida a apresentação das definições como suporte para a reflexão do trabalho científico. Como dito, diversos autores definem o termo com o significado de possibilidade, ou seja, a vulnerabilidade foi vista como **“Movimento que considera a possibilidade de mudança de uma condição para outra, ou de um estado do ser humano para o adoecimento, perigo ou ameaça relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições sociais, culturais ou individuais em que se insere a pessoa humana”**.

Percebemos que esse significado, embora revestido de considerações sobre doença, expõe uma categoria que pode ir além de aspectos negativos. Embora não explicitado diretamente nos artigos, verificamos essa potencialidade, pois se lançam perspectivas que reconfiguram a vulnerabilidade como um atributo do ser humano e a sua potencialidade de vida que pode ser traduzida em ação diante de uma condição desfavorável num determinado contexto. Somos levados então a refletir sobre quais condições potencializam ou despotencializam a vida a partir desse significado.

Ao encontro do que Ayres et al. (2014; 2012; 2006) trazem, a vulnerabilidade também pode ser vista em relação à suscetibilidade, ou seja, **“perspectiva ética de diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades que os levam ao sofrimento, adoecimento/agravo e finitude, segundo particularidades formadas pelo conjunto de aspectos sociais, programáticos e individuais, que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento”**. Esse significado foi bastante atribuído, tendo em vista a aceitação do referencial citado na conjuntura dos processos de reforma sanitária e promoção da saúde.

De outra forma, encontramos o conceito de VS sendo apresentado de forma ainda tímida como um sentimento, trazendo a **“experiência de sentir-se indefeso, com medo e aberto ao mal, estressado e ansioso que afeta o funcionamento fisiológico, psicológico e social, além da falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento”**. A interpretação da experiência e sentimento trazidos por esses estudos nos coloca diante de um cenário existencial do conceito de VS, em mais uma tentativa de evidenciar o fenômeno de forma menos objetiva, uma vez que é repleto de subjetividades e

processo de mudanças, as quais são identificadas das formas mais variadas possíveis pelos investigadores.

No entanto, é na forma bem expressiva dos conceitos de privação, desproteção, capacidade reduzida e precariedade que a VS se revela enquanto precariedade social.

O conceito vulnerabilidade em saúde cujas definições encaminharam-se para a vertente da precariedade foi bastante referido nas publicações, demonstrando a preocupação dos autores com aspectos relacionados às iniquidades, bem como o enfrentamento diante dessa circunstância. Nesse sentido, a vulnerabilidade em saúde foi então definida como uma **“Condição de precariedade do ser humano que se manifesta em todas as suas dimensões (ontológica, ética, natural, cultural e social) e atinge sujeitos cujas condições de vida e saúde são influenciadas ou determinadas pelos déficits de poder, num contexto social e histórico, podendo reduzir a capacidade para o manejo dos próprios interesses relacionados à saúde e ao bem-estar”**.

Podemos aproximar esse significado ao conceito de precariedade desenvolvido na publicação de Judith Butler, a qual o discute em seu texto ‘Vida precária’. Para Butler, a precariedade traduz uma condição politicamente construída através da qual determinadas populações são assimetricamente expostas a contextos de violência, perigo, enfermidade, migração forçada, pobreza ou morte, sendo constituída por dois elementos fundamentais: o relacional e a finitude (BUTLER, 2011).

Para Oviedo e Czeresnia (2015), a existência humana é frágil porque é finita, mas, além disso, está imersa em permanentes processos de enfraquecimento consubstanciais às ordens de poder. Esse poder que é construído nas esferas micropolíticas ou macropolíticas acaba por gerar um ambiente favorável às desigualdades quando os seres humanos não estão emponderados e por isso mesmo têm sua capacidade de autodeterminação reduzida e sua finitude antecipada.

Como visto, as definições trazidas pelos artigos enfatizaram diversos significados, uns mais expressivos que outros, mas todos com sua importância. No entanto, devemos esclarecer que embora tenham sido trazidos no corpo do referencial teórico, muitos estudos não o assumiram em seus resultados. O que nos faz refletir sobre os usos do conceito.

Fica claro, ao observarmos os principais resultados e conclusões, que o uso do conceito de VS se restringiu ao significado do risco. Além disso, a característica das definições da vulnerabilidade em saúde se refere à dimensão da doença, explorando a saúde de forma negativa. Ou seja, a vulnerabilidade, na perspectiva dos autores, parece ter dificuldade para

encontrar espaço na discussão da saúde de forma positiva, aproximando-se dessa quando apresenta elementos para a promoção da saúde. Esse caminho inverso, da doença para a promoção, acaba por gerar conflitos teóricos e dificuldade no entendimento da prevenção e promoção, onde são confundidos.

Entendemos que os conceitos e suas definições são mutáveis ao longo de períodos históricos, com suas diferentes conjunturas, porém não podemos perder de vista as inspirações epistemológicas do conceito. Esse resgate ajuda na compreensão da utilização atual do conceito e abre espaço para a reflexão acerca das suas possibilidades dentro de uma perspectiva mais ampla e capaz de superar os usos do conceito que não correspondem ao que de fato ele se propõe, de modo que não seja confundido com conceitos restritos, como o de risco.

5.3 ELEMENTOS ESSENCIAIS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE

Além dos significados, foi necessário entender quais eram os elementos essenciais do conceito de vulnerabilidade trazidos pelos autores que publicaram sobre a temática. Os quadros conceituais originários traziam em seu escopo três dimensões. Para Mann, Tarantola e Netter (1993), numa primeira fase, foi considerado que a vulnerabilidade se constituía por duas dimensões: a individual e a contextual. Num segundo momento, com a publicação mais atualizada, as dimensões foram discutidas em três componentes: individual, social e programática. Para Ayres et al. (2009, p. 12-13), as análises de vulnerabilidade envolvem também três eixos interligados:

Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade das informações que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.

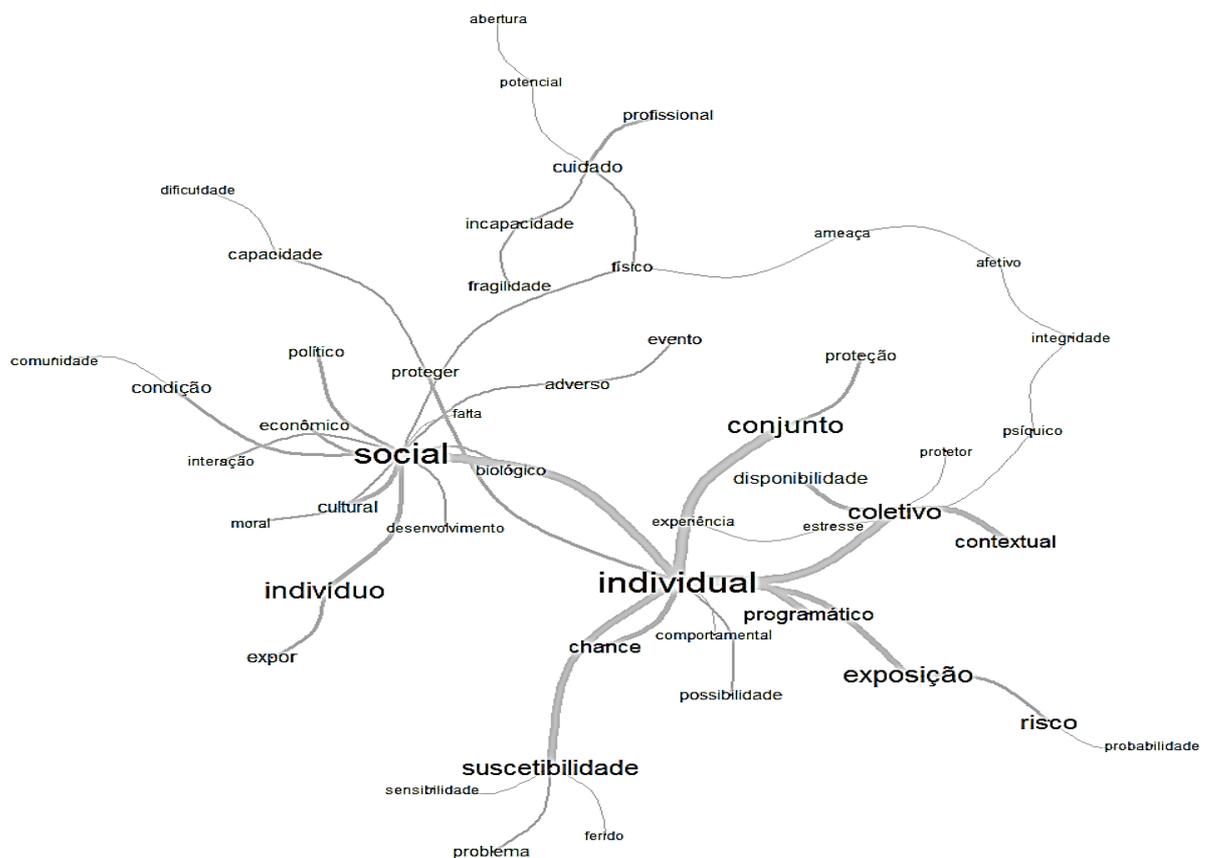
Componente social: diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metaboliza-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas etc. Todos esses aspectos devem ser, portanto, incorporado às análises de vulnerabilidade.

Componente programático: para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/AIDS, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia.

Porém, fazendo uma síntese a partir da complementação de outros referenciais trazidos pelos artigos selecionados, com aporte do software IRAMUTEQ, verificamos que a dimensão programática é uma dimensão social, pois configura um conjunto de relações que fazem com que os serviços e instituições funcionem. Como mostra a figura 4, sugere-se que os elementos essenciais do conceito se constituem do individual e do social. Nesta revisão, a análise de semelhanças permitiu compreender como os pesquisadores relacionam a vulnerabilidade em saúde ao indivíduo e ao contexto social em que vive (Figura 4).

Na análise, podemos identificar a estrutura, o núcleo central e o sistema periférico da interpretação da vulnerabilidade em saúde, onde os dois grandes eixos organizadores são o individual e o social. O indivíduo como sujeito que vivencia o fenômeno da vulnerabilidade está em interação com uma rede social no qual esse processo se desenvolve. Esses dois elementos essenciais constroem uma ponte transversalizada pela subjetividade e o Estado de modo que há um movimento de interação que potencializa ou fragiliza a vulnerabilidade em saúde. O estudo apontou que os elementos elencados relacionaram o indivíduo e o social, onde o primeiro é o sujeito que vive o fenômeno e o segundo diz respeito ao cenário no qual esse processo acontece. Ainda conforme a figura 4, verifica-se que os elementos ‘conjunto’, ‘coletivo’ e ‘programático’ quiseram se sobressair. No entanto, não ganharam força frente ao individual e o social.

Figura 4 - Elementos essenciais do conceito de vulnerabilidade



Fonte: Elaborada pela autora.

Esses elementos passaram por uma análise crítica e receberam uma nova interpretação, onde o individual passou a ser a dimensão do sujeito e o social permaneceu como tal, conforme as categorias analíticas dos artigos. Essa nova construção ganhou força, pois as aproximações com as discussões de Foucault (2011) nos levaram a perceber que não existe um sujeito pré-estabelecido do qual emanaria as relações de poder. O sujeito do conhecimento é constituído, produzido dentro de uma conjunção de estratégias de poder. Ou seja, o sujeito é um produto das relações de poder, não seu produtor. Não há um sujeito essencial que estaria alienado por ideologias, por relações de poder que encobririam sua visão da realidade. O sujeito do conhecimento é produzido pelas relações de poder, ou melhor, o que chamamos sujeito é um enunciado social. E se pensarmos que o sujeito está sempre nesse movimento, seria controverso chamá-lo de indivíduo.

Para Foucault (2011), quando pensamos em poder pensamos em relação. Se ao mesmo tempo ele proíbe e induz, censura e produz (discursos, verdades e realidades), se ele afeta e é afetado, podemos entender que o poder só existe na relação, o poder é por natureza relacional, é um poder em movimento. A ideia de poder como uma rede capilarizada refuta a perspectiva de uma oposição dicotômica entre dominantes e dominados, admitindo que “esse poder não é privilégio adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito conjunto de suas posições estratégicas – efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados” (FOUCAULT, 2014). Isso remete à questão de que mudanças de posição são possíveis e para que ocorra, é necessário confronto.

Dessa forma, não podemos tecer conclusões dicotomizadas em relação aos elementos essenciais da vulnerabilidade uma vez que o sujeito não existe sem o social, da mesma forma que o social se configura nas relações entre os sujeitos, em relações permeadas pela subjetividade e poder.

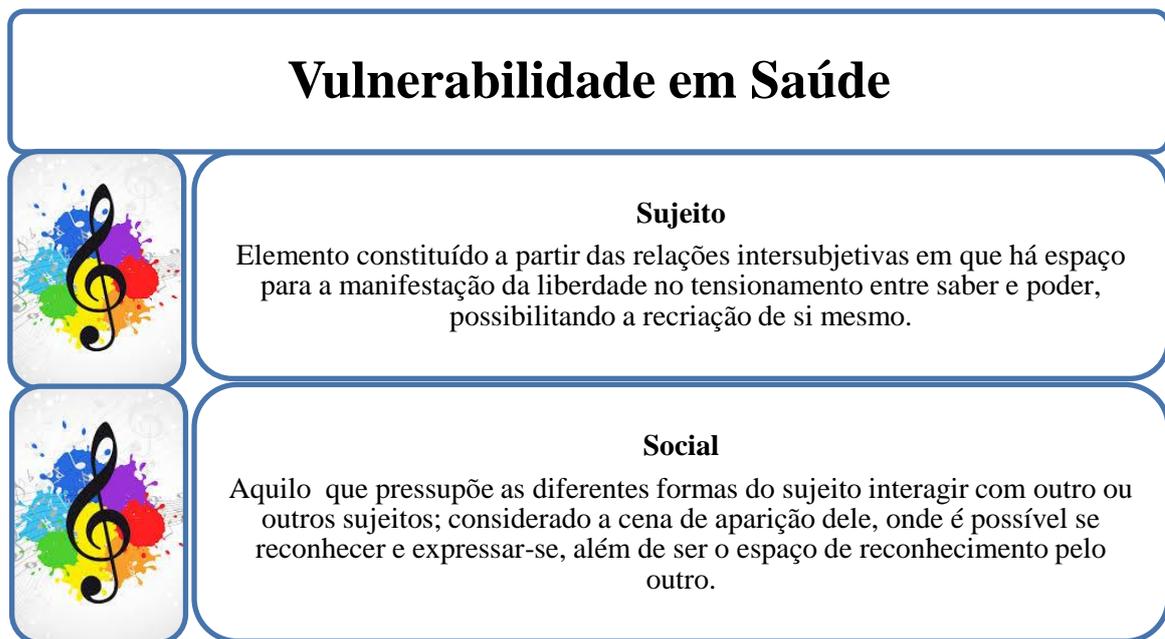
De acordo com a revisão realizada e com as nossas reflexões sobre as relações e o poder, lançamo-nos ao desafio de construir novas definições para os elementos essenciais da vulnerabilidade em saúde de modo que fossem mais claras. Seria oportuno nesse momento ter considerado os conceitos trazidos por Ayres et al. (2014; 2012; 2006) em relação à hermenêutica filosófica. No entanto, pensamos que a síntese proposta por eles ainda sim deu uma conotação do termo vulnerabilidade associada a ideia de uma característica que torna o indivíduo vulnerável a algo ou alguém e tememos incorrer na mesma seara.

Quando quisemos resgatar outros referenciais, foi para sair da nossa própria zona de conformação e pensar em outra perspectiva acerca do conceito, admitindo que a vulnerabilidade quando discutida em relação ao estado de ser vulnerável ou suscetível coloca o indivíduo mais uma vez numa cena de aparição consubstanciada na perspectiva da focalização e estereotipação como no conceito de risco.

Além disso, a figura 4 nos remete para a compreensão de que não há hierarquia ou origem da vulnerabilidade em saúde, posto que o sujeito vivencia esse processo, não sendo a personificação dele. Queremos, pois, superar a ideia do ‘vulnerável a’, indivíduo vulnerável’ e ‘populações vulneráveis’ como produto da vulnerabilidade e tratar esta como um processo que não é sinônimo de determinação. Esse processo situa-se no campo da interação e das relações de poder que o sujeito vivencia com outros sujeitos e na sociedade, não admitindo complementos para sua descrição, ou seja, a compreensão da vulnerabilidade aqui proposta não tem a ver com o discurso da adjetivação.

A vulnerabilidade em saúde coloca o sujeito na cena de aparição não por que ele é vulnerável a algo ou alguém, mas por que está envolvido por um conjunto de atributos que o formam naquele momento específico como um sujeito que vivencia um processo de vulnerabilidade em saúde. Esses atributos são os elementos essenciais como mostramos na figura 4, com todos os seus conceitos e subconceitos relacionados como consta nos quadros 4 e 5.

Figura 5 - Definição dos elementos essenciais do conceito de vulnerabilidade



Fonte: Elaborada pela autora.

As figuras 5 e 6 resgatam o que pensamos ser o sujeito e o social. Para melhor contextualizar esses achados, compreendemos que esses elementos correspondem aos atributos/características da VS, as quais são sustentados por outros conceitos e subconceitos. Ademais, de acordo com o quadro conceitual de Ayres et al. (2012) e Mann, Tarantola e Netter (1993), os conceitos-chave que constituíam a VS estavam listados, no entanto não estavam claros ou mesmo não definidos. A partir dessa fragilidade, eles foram recategorizados e a partir daí foi atribuída uma definição constitutiva e operacional. Alguns permaneceram como previamente pensado, outros foram agrupados e outros modificados.

Figura 6 - Conceitos relacionados aos elementos essenciais da vulnerabilidade em saúde



Fonte: Elaborada pela autora.

A figura 6 representa uma síntese dos conceitos que compõem os dois elementos essenciais do conceito VS, mostrando a relação existente entre eles. Além disso, existem subconceitos que fazem parte de cada um dos conceitos, os quais foram discutidos a seguir.

5.3.1 O Sujeito

Os elementos essenciais outrora discutidos são permeados por conceitos os quais foram construídos e definidos com base em subconceitos (Quadro 4). A compreensão da vulnerabilidade em saúde passa por uma série de caminhos que abrangem dimensões complexas. A seguir, traçaremos os principais atributos da VS, entendendo que mesmo após a reinterpretação baseada em Ayres et al. (2012), sabemos que outras possibilidades podem emergir quando se fala de conceitos abstratos.

Como dito, o sujeito é um elemento compreendido como um produto das relações de saber e de poder; por outro, o sujeito é constituído a partir de relações intersubjetivas em que há espaço para a manifestação da liberdade que possibilita a criação de si mesmo como um sujeito livre e autônomo. Portanto, reconhecer o sujeito sobre quem o poder se exerce como

sujeito de ação é valorizar a capacidade de resistência do ser humano (FERIGATO; CARVALHO, 2004).

Quadro 4 - Conceitos e subconceitos dos elementos essenciais do conceito de vulnerabilidade em saúde – elemento sujeito

Conceitos e Subconceitos
Letramento funcional
Aprendizagem Cognição Conhecimento Escolaridade
Comportamento
Atitude Autocuidado e adesão Estilo de vida Práticas de cuidado Práticas no trabalho Rotina e cotidiano Comunicação
Relações interpessoais
Relações familiares Relações de amizade Relações de trabalho Relações afetivo-sexuais
Situação psico-emocional
Autoestima Aceitação Concentração Crenças Desejos Orientação sexual Saúde mental Percepções Sentimentos Valores
Situação física
Idade Sexo Raça/cor Aspectos físicos relacionados ao trabalho Impacto da doença no trabalho Situação de saúde-doença

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.1.1 Letramento funcional

O letramento funcional emergiu das análises de forma pertinente, ganhando um lugar característico no cenário da discussão da vulnerabilidade em saúde, uma vez que pôde potencializar ou fragilizar os processos de vulnerabilização. Como trazido no quadro 3, o letramento funcional é um conceito relacionado ao elemento sujeito, sendo definido como **o conhecimento e as competências dos sujeitos para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações gerais, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia incorporadas por meio da aprendizagem**. Esse conceito traz agregado para seu entendimento os subconceitos: aprendizagem, cognição, escolaridade e conhecimento.

No contexto da aprendizagem, ou seja, **processo de aquisição de nova informação relacionada a diversos aspectos**, são citados nas publicações o baixo capital simbólico e linguístico das pessoas (MUÑOZ et al., 2013) e as dificuldade de aprendizagem em relação à maternidade (MUÑOZ et al., 2013). Já a cognição abordada como **capacidade ou competência mentais necessárias para processar e apreender informações, para pensar, recordar, ler, perceber e resolver problemas** relacionou características como diminuição da cognição em contextos específicos (PUGH, 2011; SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), deficiência intelectual (PARLEY, 2010), esquecimento (BEZERRA et al., 2012), dificuldades na compreensão das interações que ocorrem nos centros de saúde (MUÑOZ et al., 2013), dificuldades em compreender o cuidado (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), falta de compreensão (PARLEY, 2010), incapacidade de compreender o que lhes está a acontecer (PARLEY, 2010), falta de elaboração de informação e sua aplicação prática (PIMENTEL et al., 2011), não compreensão da violência (ZANATTA; MOTTA, 2015) e não entender a necessidade do tratamento (BONOLO et al., 2008). Todos eles foram identificados nas publicações como possíveis potencializadores da vulnerabilidade em saúde, trazendo consequências negativas para o processo saúde-doença.

No que concerne ao conhecimento, alguns autores apontaram-no como elemento importante no processo de vulnerabilização, e foi definido como **o que o sujeito sabe sobre algo ou ainda um conjunto de informação armazenada por intermédio da experiência ou da aprendizagem. É a capacidade cognitiva que permite julgamentos e tomadas de decisão adequadas ou não diante de uma situação**. Assim, são melhor compreendidos por meio dos seguintes aspectos: carência de informações sobre a doença (SANTOS; GOMES, 2013), reconhecimento de diferenças de condições de saúde anteriores (BODENMANN et al., 2015;

MUÑOZ et al., 2013), consciência do risco (TAH et al., 2015), consciência dos direitos e responsabilidades (SMITH et al., 2015), bem como outras questões que dizem respeito ao saber popular e ao saber formal (ALMEIDA; RODRIGUES; ESCOLA, 2013; BEZERRA et al., 2012; BRADLEYA et al., 2011; BRIGNOL et al., 2015; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; CHUC et al., 2013; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; GUIMARÃES et al., 2008; HEASIIP; BOARD, 2012; LIMA; SOUZA, 2013; LOU et al., 2012b; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; MOTTA; DIEFENBACH, 2013; MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011; MUSSI; TRALDI; TALARICO, 2012; OLIVEIRA et al., 2013; PIMENTEL et al., 2011; PUGH, 2011; RODRIGUES et al., 2012; SILVA et al., 2013; SILVA; SALDANHA, 2012; SMITH et al., 2015; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; STEPHENSON et al., 2014; TAH et al., 2015; ZANATTA; MOTTA, 2015

Relacionado ainda ao letramento, a escolaridade também foi apresentada em diversos estudos, onde podemos perceber que baixa escolaridade potencializa os processos pelos quais transita a vulnerabilidade em saúde (AMENDOLA et al., 2014; BERBESÍ-FERNÁNDEZ; SEGURA-CORDONA; MONTOYA-VÉLEZ, 2014; BEZERRA et al., 2012; BRADLEYA et al., 2011; BRIGNOL et al., 2015; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; FIGUEIREDO; AYRES, 2002; GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012; GUIMARÃES et al., 2008; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015; LOPES; RANGEL, 2014; PIMENTEL et al., 2011; RODRIGUES et al., 2012; SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012; SILVA; SALDANHA, 2012; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; TAH et al., 2015; TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014; TRANI; BAKHSHI, 2013), uma vez que é **o período de educação, de estudo ou de aprendizagem dos sujeitos na escola.**

Quando temos um conhecimento prejudicado, seja pelo déficit na aprendizagem ou por dificuldades cognitivas, influenciadas principalmente pela baixa escolaridade, submetemos o sujeito a um letramento funcional inadequado, sendo uma característica da vulnerabilidade em saúde. Como visto, o letramento funcional ou o déficit dele é um importante atributo da vulnerabilidade em saúde, uma vez que pode favorecer o empoderamento, ou levar a precarização do sujeito, respectivamente. A promoção do letramento funcional por meio de ações intersetoriais no âmbito da saúde e educação, por exemplo, pode fazer com que o sujeito enfrente situações relacionadas à saúde de forma efetiva, favorecendo atitudes positivas e, portanto, relacionado a outros conceitos como discutido a seguir.

5.3.1.2 Comportamento

O comportamento também considerado um atributo da vulnerabilidade em saúde foi definido como **as ações dos sujeitos em relação ao seu meio social, relacionadas ao seu cuidado ou de outrem, às práticas no trabalho, rotina e cotidiano ou ao modo de ser**. Este é sustentado por subconceitos como atitude, autocuidado e adesão, estilo de vida, práticas de cuidado, práticas no trabalho, rotina e cotidiano e comunicação.

A atitude potencializa o sujeito a enfrentar situações de precariedade de forma consciente e reflexiva, pois **é uma pré-disposição aprendida/adquirida para responder de forma consistente a uma cena social**. Nessa dimensão, sabemos que as atitudes podem se dar em diferentes âmbitos. A atitude acerca do trabalho, foi discutida nos estudos num contexto de atitude negativa acerca do cenário laboral (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014); já a atitude sobre prevenção esteve relacionada ao uso de material de prevenção (BEZERRA et al., 2012; MORALES; BARREDA, 2008), atitude de passividade da mulher em relação à sua proteção individual (RODRIGUES et al., 2012), desistência de retornar ao serviço de saúde (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), procura por resolução de seus problemas recorrendo a terceiros e práticas caseiras (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), busca de atendimento adequado (MOTTA; DIEFENBACH, 2013) e busca pelo serviço de saúde (PIMENTEL et al., 2011) e resignação (MUÑOZ et al., 2013). Entendida como uma atitude, a prontidão para a mudança também apareceu nos estudos, relacionada ao comportamento (LOU et al., 2012b).

Outro comportamento apontado foi o autocuidado e adesão, os quais precisam ser incentivados pelos profissionais de saúde em relação aos sujeitos num processo de saúde-doença-cuidado, uma vez que o cuidado de si faz parte de uma das estratégias da promoção da saúde e é todo **processo de tomada de decisão que envolve a escolha e execução de comportamentos para a saúde do próprio sujeito, realizadas por ele, advindos de sua própria crença ou da indicação de algum profissional de saúde**. Esse atributo permite o envolvimento de ações de adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso (AMENDOLA et al., 2014; LOPES; RANGEL, 2014; LOU et al., 2012b; OFFIDANI et al., 2012; PIMENTEL et al., 2011), dificuldades financeiras para a adesão ao tratamento (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014), a descontinuidade do tratamento (LOU et al., 2012b) e o adoção do autocuidado (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013).

O estilo de vida como **modo de viver que caracteriza o sujeito, envolvendo a adoção de atitudes e comportamentos saudáveis ou não**, também foi descrito fazendo

referência a alimentação e sua compra (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), atividade de lazer (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; TAH et al., 2015) e atividade física (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), ingestão de café (NUÑEZ et al., 2014), caça e pesca (TAH et al., 2015), coleta e uso de produtos naturais (TAH et al., 2015) e uso de drogas lícitas e ilícitas (BERBESÍ-FERNÁNDEZ; SEGURA-CARDONA; MONTOYA-VÉLEZ, 2014; BODENMANN et al., 2015; BONOLO et al., 2008; DOWNS et al., 2008; GUIMARÃES et al., 2008; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; MENEGHEL et al., 2003; NÚÑEZ et al., 2014; SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007; SMITH ET AL., 2015; SEPÚLVEDA CARRILLO; MENESES BÁEZ; GOLDENBERG, 2014).

As práticas de cuidado foram desenvolvidas como **ação voltada para as questões do cuidado, seja em relação à promoção, prevenção ou risco**. Os estudos contemplados com esse conceito levaram em consideração práticas de promoção da saúde e risco (BAGGIO et al., 2015; BERBESÍ-FERNÁNDEZ; SEGURA-CARDONA; MONTOYA-VÉLEZ, 2014; BEZERRA et al., 2012; BONOLO et al., 2008; BRADLEYA et al., 2011; BRIGNOL et al., 2015; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; CHUC et al., 2013; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; GUIMARÃES et al., 2008; LIMA; SOUZA, 2013; LOU et al., 2012a; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; OLIVEIRA et al., 2013; PASQUAL; CARVALHÃES; PARADA, 2015; PARLEY, 2010; PIMENTEL et al., 2011; RODRIGUES et al., 2012; SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015; SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014; SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007; SILVA; SALDANHA, 2012; SMITH et al., 2015; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; STEPHENSON et al., 2014; TAH et al., 2015; WOLFFERS et al., 2002); estratégias de prevenção (STEPHENSON et al., 2014) e; comportamentos de saúde diversos (LIMA; SOUZA, 2013; PARLEY, 2010; SANTOS et al., 2013; STEPHENSON et al., 2014; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013).

As práticas no trabalho também foram comportamentos citados com frequência e apresentadas como **qualquer ação realizada no âmbito do trabalho**. Essas práticas foram consideradas construtivas ou destrutivas a depender do contexto referido, sendo discutidas em relação ao desempenho no trabalho (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; PUGH, 2011; SMITH et al., 2015) e às tarefas no trabalho (PUGH, 2011).

De modo mais geral, a rotina e cotidiano contemplaram o **modo como se realizam as atividades do dia-a-dia sempre da mesma forma**. Estes foram apresentados na maioria dos estudos em uma forma negativa, sinalizando para um processo destrutivo e conseqüentemente

potencializador da vulnerabilidade em saúde, como visto nas categorias: rompimento da vida cotidiana (TORRES et al., 2010); rotina prejudicada pela doença (MOTTA; DIEFENBACH, 2013); rotina geral (TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014); densidade do cotidiano (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014); desafios cotidianos (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014) e; costumes e hábitos de prevenção e risco (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015; TAH et al., 2015).

A ação verbal ou corporal de um sujeito que sinaliza uma informação para outro ou outros sujeitos, ou seja, a comunicação, também teve seu papel dentro do contexto da discussão da vulnerabilidade, sendo esta reforçada em situações de dificuldades de comunicação (PARLEY, 2010; PUGH, 2011), barreiras de comunicação (PARLEY, 2010), comunicação inefetiva (SMITH et al., 2015) e a criação de uma distinção entre o pessoal e os que apoiavam devido a linguagem utilizada (PARLEY, 2010)

Percebemos que a atitude gera uma identidade no sujeito perante uma relação de poder, fazendo com que haja a produção de um comportamento realizado de maneira consciente e não instintiva. Quando isso não ocorre, o sujeito pode vivenciar uma situação de vulnerabilidade em saúde, uma vez que tem um de seus atributos fragilizados construídos a partir da não opção pelo autocuidado e adesão, estilo de vida não saudável, práticas de risco à saúde, práticas no trabalho insalubres, rotina e cotidiano automatizados e comunicação inefetiva.

5.3.1.3 Relações interpessoais

A relação interpessoal foi definida como a **interação entre sujeitos que se comunicam verbal ou não-verbalmente, num movimento de respostas a determinados tipos de poder em situações na família, no trabalho, na amizade e na vida afetiva-sexual**. É nesse contexto que o sujeito é produzido como tal, produzindo e resgatando subjetividades. Nesse sentido, as relações interpessoais podem se dar no âmbito familiar, da amizade, do trabalho ou no âmbito afetivo-sexuais.

Nas relações familiares, entendidas como **interações comportamentais, psicológicas e sociais entre os vários membros da família**, as situações de vulnerabilidade foram as mais diversas possíveis: rejeição familiar (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), relação familiar específica (LIMA; SOUZA, 2013), relação familiar e escolar (SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007), relação familiar violenta (ZANATTA; MOTTA, 2015),

opção sexual declarada para alguém da família (BRIGNOL et al., 2015), relacionamentos familiares conflituosos (ZANATTA; MOTTA, 2015), relações familiares com aspectos de hostilidade e desqualificação (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), resistência da família na organização da vida diária em torno de condições crônicas (STEPHENSON et al., 2014), vínculo familiar (ZANATTA; MOTTA, 2015), falta de diálogo na família (ZANATTA; MOTTA, 2015), falta de diálogo na família (ZANATTA; MOTTA, 2015), falta de confiança em membros da família (LIMA; SOUZA, 2013), abuso financeiro (PARLEY, 2010), abuso físico e sexual (PARLEY, 2010; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), abuso verbal (PARLEY, 2010; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), ameaças sentidas (SANTOS et al., 2013), expressões familiares de dificuldades cotidianas advindas das condições de saúde crônicas (STEPHENSON et al., 2014) e negligência familiar (PUGH, 2011; ZANATTA; MOTTA, 2015).

No que concerne às relações de amizade, mais especificamente, **as interações comportamentais, psicológicas e sociais entre amigos**, a ênfase nos estudos foi dada a algumas categorias que foram entendidas como potencializadoras da vulnerabilidade: perda do contato com amigos que moram próximo da casa (AMENDOLA et al., 2014) e afastamento de amigos devido doença (SILVA; SALDANHA, 2012).

As relações de trabalho também estiveram em pauta nas publicações, cuja definição foi construída levando em consideração as **interações comportamentais, psicológicas e sociais entre membros de um contexto de trabalho**. Características desse conceito disseram respeito a: carga afetiva nas relações de trabalho (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), relações interprofissional não efetivas (PUGH, 2011; SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014) e relações abusivas no trabalho (assédio sexual) (WOLFFERS et al., 2002).

Quando verificamos as **interações comportamentais, psicológicas e sociais entre sujeitos num relacionamento de construção de afeto, sexual ou não**, interpretadas como relações afetivas ou sexuais, estas podem ser estritamente relacionadas aos sujeitos e à sua produção. Nesse sentido, situações diversas permitem que se estabeleça uma situação de vulnerabilidade ou não, a depender do modo como essas foram construídas, sendo elas vistas em relação a: relações intersubjetivas (SANTOS et al., 2013), estar com, encontrar outros como seres humanos (HEASIIP; BOARD, 2012; MOTTA; DIEFENBACH, 2013), Eu-tu (estar com) (HEASIIP; BOARD, 2012), afastamento pelas pessoas após uma doença (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), recusa do parceiro de usar o preservativo (GUIMARÃES et al., 2008), realização de sexo sem preservativo após coerção (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013); relações

homossexuais (BONOLO et al., 2008; WOLFFERS et al., 2002), instabilidade dos relacionamentos homem-mulher (FIGUEIREDO; AYRES, 2002), relação sexual comercial (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), confiança no parceiro como justificativa para a não prevenção (BEZERRA et al., 2012; SILVA; SALDANHA, 2012) e vínculos afetivos (SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007).

5.3.1.4 Situação psico-emocional

A situação psico-emocional é definida como **uma condição de experiência subjetiva num contexto específico que envolve desde crenças, sentimentos, bem-estar, percepções, desejos, valores até a saúde mental**. É sustentada pelos subconceitos: auto-estima, aceitação, concentração, crenças, desejos, saúde mental, orientação sexual, percepções, sentimentos e valores.

A auto-estima foi definida como **satisfação com sua maneira de ser, com sua forma de pensar ou com sua aparência física, expressando confiança em suas ações e opiniões**, sendo operacionalizada nos seguintes aspectos: diminuição da auto-estima (HEASIIP; BOARD, 2012), baixa autoestima devido déficit de conhecimento profissional (SANTOS; GOMES, 2013) e perda de auto-estima (HEASIIP; BOARD, 2012). Já a aceitação foi caracterizada como a não aceitação do tratamento (LOU et al., 2012b), aceitação da doença (SILVA; SALDANHA, 2012), aceitação da gravidez (MUÑOZ et al., 2013) e a partir desses aspectos foi definida como **reconhecimento da necessidade de ter uma atitude diante de um estado de saúde inesperado, indesejado ou de suas consequências**.

A concentração é a **capacidade de direcionar a atenção e o pensamento para uma ideia, assunto ou ação específica**, podendo ser caracterizada nos estudos sob diversos aspectos como: dificuldade para concentrar-se (NÚÑEZ et al., 2014) e incapacidade de concentração (HEASIIP; BOARD, 2012).

Assim como a concentração e os outros atributos, a crença é uma característica essencial quando se fala em vulnerabilidade. Considerada como **aquilo sobre o que se considera verdadeiro, ou seja, crer na verdade ou na possibilidade de alguma coisa**, pode gerar comportamentos em direção a processos de vulnerabilização quando suas características levam em consideração apenas o senso comum, podendo ser discutida em relação a: crença na segurança de equipamentos de prevenção (SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), crenças sobre práticas de prevenção (BEZERRA et al., 2012; CHUC et al., 2013), descrença em

material de prevenção (SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), descrença que sofrerá alteração de saúde (SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), crença no caráter transmissível de doenças (RODRIGUES et al., 2012), crenças equivocadas da família sobre a doença (SILVA; SALDANHA, 2012), crença na cura (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014), crença no caráter incurável de doenças (RODRIGUES et al., 2012), crença no tratamento (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014), bem como crenças relacionadas à religião (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013).

O desejo, ou seja, **vontade de ter ou obter algo**, foi descrita em meio ao desejo da criança sobre outros alimentos consumidos pela família (LIMA; SOUZA, 2013), desejo de suprir algum déficit (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), gravidez não desejada (MUÑOZ et al., 2013).

A orientação sexual foi definida como as **diferentes formas de atração afetiva e sexual de cada um**, sendo atribuídas as seguintes características trazidas pelos artigos selecionados para esse estudo: orientação sexual (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), categoria sexual: homossexual (BRIGNOL et al., 2015), assumir identidade sexual com menos de 18 anos (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013) e sair de casa devido opção sexual (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013).

A Saúde mental é o **estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade**. O comprometimento dela gera uma séria de problemas psico-emocionais, sendo representados por: bem-estar (BAGGIO et al., 2015), estigma (PIMENTEL et al., 2011), altas demandas psicológicas (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), Estado psíquico (SANTOS et al., 2013), impacto psicológico (SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), problemas emocionais e psicossociais (PIMENTEL et al., 2011), dificuldades de se conviver com uma doença que não tem cura (SILVA; SALDANHA, 2012), estratégias de Isolamento (PUGH, 2011), excessiva atenção a processos orgânicos (NÚÑEZ et al., 2014), excessiva sensibilidade a eventos cotidianos (NÚÑEZ et al., 2014), levar para nível pessoal tudo o que dá errado (NÚÑEZ et al., 2014), perda de controle (HEASIIP; BOARD, 2012), mudanças extremas de emoção durante curtos períodos de tempo (HEASIIP; BOARD, 2012), pensamentos indesejados (NÚÑEZ et al., 2014), expectativa de alívio de sintomas (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), desligar nossas emoções como enfermeiras para proteger nossos próprios (HEASIIP; BOARD, 2012), concentrar-se em aspectos negativos (NÚÑEZ et al., 2014), inabilidade para expressar sentimentos (HEASIIP; BOARD, 2012), imaturidade relacionada a idade (PARLEY, 2010), dificuldade para tomar decisões (NÚÑEZ et al., 2014),

impacto emocional da doença sobre o residente (HEASIIP; BOARD, 2012), esperar o pior sem razão (NÚÑEZ et al., 2014), efeitos traumáticos emocionais do diagnóstico (PIMENTEL et al., 2011), dificuldades psicológicas na amamentação (LIMA; SOUZA, 2013), dificuldade emocionais com a gravidez (MUÑOZ et al., 2013), aspectos emocionais vivenciados em decorrência da doença (SILVA; SALDANHA, 2012), aspectos afetivos vivenciados em decorrência da doença (SILVA; SALDANHA, 2012), reflexão sobre ser cuidado por enfermeiros (SANTOS et al., 2013) e tipo de paciente (PUGH, 2011).

Outras definições operacionais também fizeram parte desse subconceito como: a capacidade de avaliação distintiva a respeito da criação dos outros filhos (MUÑOZ et al., 2013), capacidade de negociação sobre práticas de prevenção (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013) capacidade de discriminar a presença de risco ou vulnerabilidade (MORALES; BARREDA, 2008), dependência de serviços (PARLEY, 2010), motivo da não realização de exame preventivo (BEZERRA et al., 2012; BONOLO et al., 2008; MAIA; GULHEM; FREITAS, 2008; OLIVEIRA et al., 2013; PIMENTEL et al., 2011), motivos para comportamento de risco (BEZERRA et al., 2012; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014), motivo comportamental de procura pelo serviço de saúde (PIMENTEL et al., 2011), depressão (DOWNS et al., 2011; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), agentes estressores psicossociais (SANTOS et al., 2013), nível de estresse no trabalho (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), estresse (NÚÑEZ et al., 2014; PUGH, 2011; TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014), consequência psíquica da violência (ZANATTA; MOTTA, 2015), além de insatisfação com trabalho (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), falta de sentido do trabalho (MUÑOZ et al., 2013), saúde subjetiva (BAGGIO et al., 2015), saúde mental (BAGGIO et al., 2015; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; PUGH, 2011), deficiência em guerra (TRANI; BAKHSHI, 2013).

A percepção é o **processo mental por meio do qual o sujeito atribui um significado a estímulos sensoriais, tornando-os conscientes, a partir de histórico de vivências passadas.**

Inclui: percepção de comportamento de risco (BRADLEYA et al., 2011), percepção de risco (BEZERRA et al., 2012; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; CHUC et al., 2013; GUIMARÃES et al., 2008; MAIA; GULHEM; FREITAS, 2008; SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), percepção de ameaça à sua saúde impunha às (PIMENTEL et al., 2011), percepção de não comportamento de risco (BRADLEYA et al., 2011), ideias sobre práticas de prevenção (RODRIGUES et al., 2012), percepção da necessidade de adotar medidas de prevenção (RODRIGUES et al., 2012), percepção de Probabilidade de doença diante de

comportamento de risco (BRADLEYA et al., 2011), percepção de Probabilidade de exposição à doença (BRADLEYA et al., 2011), percepção sobre doença associada aos grupos de risco (SILVA; SALDANHA, 2012), percepção de probabilidade de ter doença (BRADLEYA et al., 2011), percepção da chance de estar doente (BRADLEYA et al., 2011), percepção de chance de estar doente (BRADLEYA et al., 2011), percepção de probabilidade de ficar doente (BRADLEYA et al., 2011), percepção de problemas de saúde (PIMENTEL et al., 2011), percepção da doença como um acontecimento que impulsiona avaliação de experiências (SILVA; SALDANHA, 2012), percepção de distinção entre faixa etária perante uma doença (SILVA; SALDANHA, 2012), percepção do efeito da doença sobre idosos (SILVA; SALDANHA, 2012), percepção de fragilidade (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), relação existente entre morte e vida em relação a doença (SILVA; SALDANHA, 2012), representação da doença associada à promiscuidade e a irresponsabilidade das mulheres (RODRIGUES et al., 2012), percepção da negligência como formas de abuso (PARLEY, 2010); percepção das condições de trabalho (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), qualidade de vida (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), experiência (TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014), experiência da vulnerabilidade (ALMEIDA; RODRIGUES; ESCOLA, 2013), percepção dos motivos da vulnerabilidade do outro (PARLEY, 2010), motivo emocional (percepção) de procura pelo serviço de saúde (PIMENTEL et al., 2011), motivos emocionais (percepção) para práticas de não prevenção (MAIA; GULHEM; FREITAS, 2008), percepção de vulnerabilidade (ALMEIDA; RODRIGUES; ESCOLA, 2013; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; PIMENTEL et al., 2011), percepção de sua importância na construção de um futuro para os filhos (MUÑOZ et al., 2013), percepção de valorização e autonomia (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), percepção do papel exercido (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), motivos (percepção) da não prevenção (OLIVEIRA et al., 2013), diminuição da percepção (PUGH, 2011), percepção fora do grupo (PUGH, 2011), percepção sobre unidade de saúde como local de atenção ao doente (FIGUEIREDO; AYRES, 2002), autopercepção de saúde (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), fragmentação do corpo físico e mental (ZANATTA; MOTTA, 2015) e autoimagem distorcida (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013).

Sentimentos são definidos como **estados e as reações que o corpo humano é capaz de expressar diante dos acontecimentos que os sujeitos vivenciam, sejam positivos ou negativos**. Esses sentimentos foram expressados nos estudos em relação a: gratidão (MUÑOZ et al., 2013), confiança (PARLEY, 2010), necessidade e confiança em outros

(PARLEY, 2010), força pessoal (PARLEY, 2010), esperança da cura (PIMENTEL et al., 2011), ansiedade (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; HEASIIP; BOARD, 2012; NÚÑEZ et al., 2014; PUGH, 2011), preocupação (BRADLEYA et al., 2011; HEASIIP; BOARD, 2012; NÚÑEZ et al., 2014), temor (MUÑOZ et al., 2013; NÚÑEZ et al., 2014; SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), desespero (HEASIIP; BOARD, 2012), constrangimento (HEASIIP; BOARD, 2012), impotência (HEASIIP; BOARD, 2012; PARLEY, 2010), incerteza (HEASIIP; BOARD, 2012), sofrimento (BAGGIO et al., 2015; MOTTA; DIEFENBACH, 2013; RODRIGUES et al., 2012; SANTOS et al., 2013; SILVA; SALDANHA, 2012), pena (SANTOS et al., 2013), raiva (HEASIIP; BOARD, 2012), sensação de despreparo (SANTOS; GOMES, 2013), sentimentos diversos (LIMA; SOUZA, 2013; MOTTA; DIEFENBACH, 2013; MUÑOZ et al., 2013; MUSSI; TRALDI; TALARICO, 2012; PIMENTEL et al., 2011; SANTOS; GOMES, 2013; SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014; SILVA; SALDANHA, 2012; STEPHENSON et al., 2014; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013; ZANATTA; MOTTA, 2015), medo (HEASIIP; BOARD, 2012; SANTOS; GOMES, 2013; SANTOS et al., 2013; SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), insegurança (SANTOS; GOMES, 2013; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), tristeza (HEASIIP; BOARD, 2012), sensação de que o pessoal se sente ameaçado (HEASIIP; BOARD, 2012), sentir que os próprios recursos são insuficientes para enfrentar situações (NÚÑEZ et al., 2014), sentir que se está perdendo o controle sobre situações importantes (NÚÑEZ et al., 2014), desamparo (HEASIIP; BOARD, 2012), desconforto (SANTOS et al., 2013), desproteção (PIMENTEL et al., 2011).

Ademais, os valores são o **conjunto de características intrínsecas e relacionadas às normas sociais de um determinado sujeito, que determina a forma como ele se comporta e interage com outros sujeitos e com o meio ambiente**, sendo inseridos no contexto dos estudos de vulnerabilidade como valores sobre práticas de prevenção (ANJOS et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012).

5.3.1.5 Situação física

A situação física é o último conceito a ser discutido no contexto deste elemento essencial, sendo vista como **as características do sujeito em relação aos seus atributos físicos, fisiológicos ou patológicos**. É nesse aspecto que a vulnerabilidade em saúde é mais evidente, uma vez que o corpo acaba por produzir sinais de precariedade. Esta está

contemplada pelos seguintes subconceitos: idade, sexo, raça, aspectos físicos relacionados ao trabalho, impacto da doença no trabalho e situação de saúde-doença.

Idade é o **tempo, em anos, meses e dias, transcorrido desde o nascimento até a época de que se fala**, compreende: diversas idades (BAGGIO et al., 2015; BEZERRA et al., 2012; BIELER et al., 2012; BONOLO et al., 2008; BRADLEYA et al., 2011; BRIGNOL et al., 2015; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012; GUIMARÃES et al., 2008; PASQUAL; CARVALHÃES; PARADA, 2015; PIMENTEL et al., 2011; NÚÑEZ et al., 2014; OFFIDANI et al., 2012; SILVA; SALDANHA, 2012; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014; TRANI; BAKHSHI, 2013), idade da primeira relação sexual (BRIGNOL et al., 2015; PIMENTEL et al., 2011; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), idoso (TRANI; BAKHSHI, 2013), idade quando saiu de casa pela primeira vez (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), início da atividade sexual com mais baixa idade neste segmento populacional (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), início da vida sexual antes dos 15 anos (BRIGNOL et al., 2015), período produtivo (LOPES; RANGEL, 2015).

Sexo é **conjunto de características estruturais e funcionais segundo os quais um ser vivo é classificado como homem ou mulher** (BAGGIO et al., 2015; BEZERRA et al., 2012; BIELER et al., 2012; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; DOWNS et al., 2011; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012; GUIMARÃES et al., 2008; LOPES; RANGEL, 2015; NÚÑEZ et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013; SILVA; SALDANHA, 2012; STEPHENSON et al., 2014; TRANI; BAKHSHI, 2013; TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014).

A raça é uma **categoria usada para se referir a um grupo de pessoas cujas características físicas são consideradas socialmente significativas branco, preto, pardo, indígena ou amarelo** (BRIGNOL et al., 2015; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; GUIMARÃES et al., 2008; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), as quais afetam uma situação de diferentes formas e por isso a discussão desse atributo é variável.

Os aspectos físicos relacionados ao trabalho foram abordados como **toda atividade realizada no trabalho que exija o acesso às características do corpo**, correspondendo a: esforço físico no trabalho (SMITH et al., 2015), movimentos repetitivos no trabalho (SMITH

et al., 2015), postura física de trabalho (SMITH et al., 2015), tempo em pé no trabalho (SMITH et al., 2015) e dor ou desconforto como resultado de seu trabalho (SMITH et al., 2015).

Já o impacto da doença no trabalho é definido como **qualquer consequência da doença que afeta o trabalho**, vai desde a dificuldade de permanecer na atividade ocupacional devido a doença (SILVA; SALDANHA, 2012), dificuldades para atividades ocupacionais devido à doença (SILVA; SALDANHA, 2012), a perda do emprego devido a doença (SILVA; SALDANHA, 2012).

Situação de saúde-doença diz respeito às **características relacionadas ao histórico ou condição atual no processo saúde-doença, seja no âmbito da saúde geral, sinais e sintomas, diagnóstico, exames, tratamento, co-morbidades ou prognóstico relacionado a uma doença**: internações hospitalares (BAGGIO et al., 2015; BIELER et al., 2012; GUIMARÃES et al., 2008), compareceram a serviços de emergência (BAGGIO et al., 2015), consumo de cuidados de saúde (BAGGIO et al., 2015), número anual de visitas ao serviço de saúde (BAGGIO et al., 2015), passagem por vários profissionais (SILVA; SALDANHA, 2012), propensão a visitas a especialistas médicos (BAGGIO et al., 2015), visita a cinco ou mais departamentos clínicos diferentes (BIELER et al., 2012), visite o provedor mais de sete vezes por ano (BAGGIO et al., 2015), antecedentes de saúde (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), história familiar (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014), causas desconhecidas (TRANI; BAKHSHI, 2013), contato com contaminantes (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), exposição e suscetibilidade à doença (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011), exposição à guerra (TRANI; BAKHSHI, 2013), estado de saúde (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), saúde debilitada (SILVA; SALDANHA, 2012), saúde atual (STEPHENSON et al., 2014), fatores médicos (BIELER et al., 2012), necessidade de avaliação neuropsicológica (PUGH, 2011), condições de saúde (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), índice de comorbidade de Charlson (BAGGIO et al., 2015), índice de comorbidade (BAGGIO et al., 2015), comorbidade (BAGGIO et al., 2015; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; OFFIDANI et al., 2012), incapacidade física (AMENDOLA et al., 2014), incapacidade de guerra (TRANI; BAKHSHI, 2013), grau de incapacidade física (LOPES; RANGEL, 2015), incapacidade (AMENDOLA et al., 2014), acidentes (TRANI; BAKHSHI, 2013), diagnóstico (BAGGIO et al., 2015; BIELER et al., 2012; BONOLO et al., 2008; GUIMARÃES et al., 2008; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; PASQUAL; CARVALHÃES; PARADA, 2015; SILVA; SALDANHA, 2012), relato de adoecimento (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), dificuldades físicas e sensoriais (TRANI; BAKHSHI, 2013), dados de diagnóstico (GUIMARÃES et al., 2008), condições

crônicas (STEPHENSON et al., 2014) (BAGGIO et al., 2015), doença (BAGGIO et al., 2015; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; NÚÑEZ et al., 2014; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; TRANI; BAKHSHI, 2013;), história de doença (GUIMARÃES et al., 2008), obesidade (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), estado nutricional (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011), diabetes (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), doença e tratamento imunossupressor (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), estágio da doença (PIMENTEL et al., 2011), número de diagnósticos primários (BAGGIO et al., 2015), presença de doenças (LOU et al., 2012a), prevalência da doença (BRIGNOL et al., 2015), problemas de saúde (DOWNS et al., 2011; PUGH, 2011; MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011), processo da doença de demência (HEASIIP; BOARD, 2012), tipo de deficiência (TRANI; BAKHSHI, 2013), pessoas com deficiência (TRANI; BAKHSHI, 2013).

Situações outras também contempladas nesse subconceito foram: tempo de diagnóstico (SILVA; SALDANHA, 2012), momento do diagnóstico da doença (SILVA; SALDANHA, 2012), testemunhar o agravamento inevitável da doença (HEASIIP; BOARD, 2012), número de gestações (PIMENTEL et al., 2011), dependência (AMENDOLA et al., 2014), imunidade (OFFIDANI et al., 2012), tempo de exposição (GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012), altas demandas físicas (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), propensão a doença (BAGGIO et al., 2015), motivos para comportamento de risco - alergia ao látex do preservativo (BEZERRA et al., 2012), sinais e sintomas da doença gerais (BRIGNOL et al., 2015; CHUC et al., 2013; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; NÚÑEZ et al., 2014; OFFIDANI et al., 2012; PIMENTEL et al., 2011), alteração somática (BAGGIO et al., 2015), transtornos e distúrbios de sono (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; NÚÑEZ et al., 2014;), transtornos na área sexual (NÚÑEZ et al., 2014), cansado mesmo após dormir (NÚÑEZ et al., 2014), perda de peso (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), dor (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), fadiga (SMITH et al., 2015), fissuras mamilares (LIMA; SOUZA, 2013), fraqueza (HEASIIP; BOARD, 2012), mudanças na aparência física devido a doença (SILVA; SALDANHA, 2012), dificuldades físicas na amamentação (LIMA; SOUZA, 2013), dificuldade físicas com a gravidez (MUÑOZ et al., 2013), consequências físicas do tratamento (PIMENTEL et al., 2011), tipo de medicamentos (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), tratamento adaptado (OFFIDANI et al., 2012), tratamento alternativo: chás e sucos (PIMENTEL et al., 2011), tratamento farmacológico (OFFIDANI et al., 2012), tratamento preventivo (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015) , tratamento psiquiátrico (GUIMARÃES et al., 2008), tratamento usado (OFFIDANI et al., 2012), tratamento

(BRIGNOL et al., 2015), uso de medicamento (PASQUAL; CARVALHÃES; PARADA, 2015; SILVA; SALDANHA, 2012;), dados de tratamento (GUIMARÃES et al., 2008), indicação de tratamento (VAL; NICHIATA, 2014), tratamento imunossupressor (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), exame clínico específico (PASQUAL; CARVALHÃES; PARADA, 2015), exame médico (PASQUAL; CARVALHÃES; PARADA, 2015), exame prévio da doença (BRIGNOL et al., 2015), exames clínicos utilizados para diagnóstico (OFFIDANI et al., 2012), coleta diária de exames laboratoriais geral (VAL; NICHIATA, 2014), desinteresse em realizar exames diagnósticos (BEZERRA et al., 2012), resultado de exames (BRIGNOL et al., 2015), resultado positivo de exame (BRIGNOL et al., 2015), fator prognóstico (OFFIDANI et al., 2012), sobrevida (OFFIDANI et al., 2012) e complicações (MUÑOZ et al., 2013; TRANI; BAKHSHI, 2013).

Os atributos do elemento essencial referente ao sujeito foram ressignificados e identificados como **Letramento funcional, Comportamento, Relação interpessoal, Situação psico-emocional e Situação física**. Estes relacionam-se para conformar um cenário de caracterização da vulnerabilidade em saúde, seja para potencializá-la ou fragilizá-la. Esse caminho não é fechado ou único, e muitas vezes o que em certo momento aparece como um processo de maior vulnerabilidade, logo mais pode ser considerado de menor vulnerabilidade em saúde. No entanto, é possível a compreensão de que muitas situações tomam quase sempre ou na maior parte do tempo a forma destrutiva, levando a processos de precariedade.

A partir dos estudos avaliados, reiteramos que quando se fala em vulnerabilidade em saúde, há uma extrapolação para dimensões não ligadas única e exclusivamente à saúde, mas lidamos com aspectos outros que permitem a seguinte relação: o comprometimento das situações psico-emocionais interagindo com o baixo letramento funcional favorecem comportamentos não saudáveis, os quais podem tornar as relações interpessoais inefetivas. Esse processo faz emergir a vulnerabilidade em saúde de forma perceptível principalmente na situação física com o aparecimento de doenças ou pela diminuição da qualidade de vida do sujeito.

5.3.2 O Social

A dimensão social inclui diferentes formas do sujeito de interagir com outro ou outros sujeitos, além de ser considerada a cena de aparição dele, onde é possível se reconhecer e se expressar, além de ser o espaço de reconhecimento pelo outro. É aquilo que pressupõe

relações, sociabilidade, abarcando relacionamentos, sentimentos, modos de ser, de estar, de agir e de se manifestar em diversos cenários (FOUCAULT, 2011). Aplica-se mais às interações humanas significativas para os sujeitos e tem um sentido de pertença, já que implica algo que se partilha a nível comunitário. Esse elemento essencial está ancorado em conceitos e subconceitos, como mostramos no quadro 5.

Quadro 5 - Conceitos e subconceitos dos elementos essenciais da vulnerabilidade em saúde – elemento social

Conceitos e Subconceitos	Conceitos e Subconceitos
Situação socioeconômica	Violência
Bens materiais Moradia Renda Classe social Trabalho Educação	Discriminação Violência sexual Violência física Violência verbal Violência psicológica
Identidade demográfica	Controle social
Etnia Procedência Migração	Participação social
Cultura	Ecossistema
Formação cultural Construções sociais Diferenças culturais Saber popular	Resíduos Ambiente Clima
Contexto familiar	Acesso aos direitos fundamentais
Situação conjugal/familiar Característica dos membros Tipos de família	Direitos fundamentais de 1ª a 4ª geração
Redes e suportes sociais	Situação programática – ênfase na saúde
Apoio social	Infraestrutura Processo de trabalho
Gênero	Estado
Desigualdade de gênero Papéis tradicionais Machismo	Políticas públicas Financiamento

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.2.1 Situação socioeconômica

Um dos conceitos discutidos com expressividade no contexto do elemento essencial ‘social’ é a questão da situação socioeconômica, entendida como o **conjunto de características econômicas, sociológicas, educativas e trabalhistas que qualifica um sujeito ou determinado grupo dentro de uma hierarquia social**. Pode ser reconhecida sob os seguintes aspectos: bens materiais, moradia, renda, classe social, trabalho e educação.

Os bens materiais são considerados como **tudo aquilo que tem uma forma concreta e alguma utilidade, podendo satisfazer uma necessidade do sujeito**, como microcomputador (AMENDOLA et al., 2014), motocicleta ou automóvel para uso particular (AMENDOLA et al., 2014), casa própria (LOPES; RANGEL, 2015), por exemplo. No entanto, nem todos os sujeitos apresentam opções de obtê-los, caracterizando as privações materiais (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011), privação de recursos materiais (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013) ou privações diversas (BAGGIO et al., 2015).

Em relação à moradia, essa é representada pela **designação comum de habitação, podendo ou não ser materializada como casa, já que a rua muitas vezes é considerada o local de moradia**. Essa moradia assume uma especificidade em diferentes contextos, sendo discutida na literatura em relação à proporção de moradores por dormitórios (AMENDOLA et al., 2014), condições de moradia diversas (GUIMARÃES et al., 2008; MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011; TAH et al., 2015), característica dos cômodos (TAH et al., 2015), características de moradia (TAH et al., 2015), características do interior da moradia (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; TAH et al., 2015), número de dormitórios (TAH et al., 2015), viver em domicílio ou institucionalizado (BIELER et al., 2012) e necessidades de moradia (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015).

Já a renda é a **fonte de dinheiro por meio da qual se consegue comprar bens e serviços, ou seja, é remuneração recebida principalmente após um período de trabalho ou por meio de programas sociais**. Quanto menor a renda, maior as iniquidades vivenciadas por um sujeito (AMENDOLA et al., 2014; BAGGIO et al., 2015; GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012; GUIMARÃES et al., 2008; LOPES; RANGEL, 2015; MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011; SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012; SILVA; SALDANHA, 2012). Ela pode ser representada pela renda alocada para doenças (BIELER et al., 2012), renda familiar (BRIGNOL et al., 2015; SILVA; SALDANHA, 2012), número de pessoas da família com renda (TAH et al., 2015), quantidade de pessoas com trabalho

remunerado (AMENDOLA et al., 2014) e incapacidade de geração de renda (AMENDOLA et al., 2014). Pode ser obtida pelo trabalho ou por meio do recebimento de subsídios de assistência social do governo (BIELER et al., 2012), recebimento de auxílio-doença (SILVA; SALDANHA, 2012), recebimento de benefício social (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013) e inserção em programa de assistência/benefício (LOPES; RANGEL, 2015). E as vulnerabilidades em saúde correspondentes a esse conceito tem a ver com a falta de recursos para a conformação dos modos de viver saudáveis, citados pelos problemas financeiros (DOWNS et al., 2011), dificuldades econômicas (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011) e condição financeira (SILVA; SALDANHA, 2012).

Aspectos importantes são derivados da discussão da renda, como a questão da classe social que é definida por uma série de características, onde a distribuição de renda é o maior determinante. Definida como **grupo de sujeitos com características em comum do ponto de vista econômico, comportamental e de representação ideológica do mundo que o rodeia, numa relação de hierarquia com outros grupos**, a classe social apresenta sinônimos como estatus social (PARLEY, 2010), posição social (BAGGIO ET AL., 2015; NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), nível socioeconômico (BERBESÍ-FERNÁNDEZ; SEGURA-CARDONA; MONTOYA-VÉLEZ, 2014; TAH et al., 2015), classe econômica (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; TRANI; BAKHSHI, 2013), estrato socioeconômico (BERBESÍ-FERNÁNDEZ; SEGURA-CARDONA; MONTOYA-VÉLEZ, 2014), estatus econômico (TAH et al., 2015), estatus econômico da família (TAH et al., 2015), classe social (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), poder aquisitivo (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013) e condição de pobreza (BERBESÍ-FERNÁNDEZ; SEGURA-CARDONA; MONTOYA-VÉLEZ, 2014; FIGUEIREDO; AYRES, 2002; MUÑOZ et al., 2013; SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012; SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007).

A classe social está intimamente ligada ao trabalho, pois é a partir deste que o sujeito pode obter sua renda. Portanto, o trabalho é **a atividade sobre a qual o ser humano emprega sua força intelectual ou física para produzir os meios para seu sustento**. Este envolve uma série de outros atributos como:

- 1) Emprego - aposentado (LOPES; RANGEL, 2015), desemprego (BIELER et al., 2012; BRIGNOL et al., 2015; DOWNS et al., 2011; FIGUEIREDO; AYRES, 2002), emprego (PUGH, 2011; TRANI; BAKHSHI, 2013), ocupação (BAGGIO et al., 2015; BRADLEYA et al., 2011; BRIGNOL et al., 2015;

- CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; LOPES; RANGEL, 2015; NÚÑEZ et al., 2014; TAH et al., 2015; SILVA; SALDANHA, 2012), ocupação informal (FIGUEIREDO; AYRES, 2002), ocupação: estudante (LOPES; RANGEL, 2015), ocupação: fora do mercado (SILVA; SALDANHA, 2012), quantidade de pessoal trabalhando com carteira assinada (AMENDOLA et al., 2014), quantidade de pessoas que trabalham a mais de 6 meses no emprego (AMENDOLA et al., 2014);
- 2) Educação permanente para o trabalho - qualificação para o trabalho (SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012), educação permanente (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), receber capacitação (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), receber formação em saúde e segurança no trabalho (SMITH et al., 2015);
- 3) Condições de trabalho - formas de vínculo (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), condição da organização (LOPES; RANGEL, 2015; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), carga de trabalho (PUGH, 2011), carga laboral (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), contextos de trabalho (CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014), jornadas de trabalho (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), controle sobre o trabalho (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), locais/condição de trabalho (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), local de trabalho (GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012), segurança no local de trabalho (SMITH et al., 2015), incidentes e acidentes de trabalho são investigados (SMITH et al., 2015), pressão no Trabalho (TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014), trabalhar em altura (SMITH et al., 2015), trabalho (STEPHENSON et al., 2014; SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012), trabalho em conjunto (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), tipo de trabalho (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), tempo de trabalho na empresa (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), turnos noturnos (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), recursos humanos (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), subemprego (MUÑOZ et al., 2013), setor de trabalhado (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), força de trabalho informada e eficaz (HEASIIP; BOARD, 2012), sobrecarga doméstica (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), níveis de ruído altos no trabalho

(SMITH et al., 2015), carga e a sobrecarga psíquica do trabalho (SANTOS et al., 2013);

- 4) Liberdade de expressão - liberdade de expressão no trabalho (SMITH et al., 2015), liberdade de se comunicar com gestão (SMITH et al., 2015);
- 5) Normas de trabalho - regras de trabalho (PUGH, 2011);
- 6) Previdência social - contribuição para previdência social (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013).

A questão da educação, de forma mais geral também, faz parte das discussões da situação socioeconômica, uma vez que é compreendida como os **processos de ensino-aprendizagem vivenciados no contexto familiar, escolar ou em outra instituição significativa para os sujeitos. Esse processo pode se dar na esfera da educação formal ou pela educação popular.** No entanto, não foram encontrados artigos que discutissem esse subconceito, havendo a necessidade de novos estudos sobre a temática.

5.3.2.2 Identidade demográfica

Identidade demográfica, compreendida em relação à etnia, procedência e migração, por exemplo, é **um conjunto de características de uma população que vive num determinado território e que produz movimentos nesse espaço.** Pode estar relacionada com:

- 1) Etnia: **grupo definido pela mesma origem, afinidades linguísticas e culturais** - grupo étnico (TRANI; BAKHSHI, 2013; TAH et al., 2015) e grupos étnicos minoritários (TRANI; BAKHSHI, 2013);
- 2) Procedência: **lugar de origem de alguém** - nacionalidade (BAGGIO et al., 2015), origem (BAGGIO et al., 2015; BRADLEYA et al., 2011; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; FIGUEIREDO; AYRES, 2002; RODRIGUES et al., 2012; SILVA; SALDANHA, 2012), procedência: área rural (TRANI; BAKHSHI, 2013), procedência: área urbana (TRANI; BAKHSHI, 2013), localidade (CHUC et al., 2013), tempo de permanência no local de procedência (CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014), hábitat doméstico (TAH et al., 2015);

- 3) Migração: **deslocamento de indivíduos dentro de um espaço geográfico** - imigração (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011; TAH et al., 2015), país de destino (WOLFFERS et al., 2002).

5.3.2.3 Cultura

Como **as formas de expressão da organização de um povo, seus costumes e tradições transmitidas de geração para geração que, a partir de uma vivência e tradição comum, apresentam-se como a identidade desse povo**, a cultura foi enunciada enquanto: formação cultural da população, sendo descrita em relação ao **modo como a cultura foi originada e se estabeleceu em um grupo específico** (FIGUEIREDO; AYRES, 2002; PARLEY, 2010); construções sociais sobre práticas de prevenção, discutida em relação a **todas as expressões culturais sobre prevenção e como foram construídas** (RODRIGUES et al., 2012); e diferenças culturais (WOLFFERS et al., 2002), ou seja, os **diferentes tipos de cultura existentes em relação a uma população ou grupo**.

A partir desses estudos, observamos que a cultura ainda é pouco estudada em relação à vulnerabilidade em saúde, sendo necessário que pesquisadores se aproximem desse conceito, visto que é o que caracteriza a identidade de um povo.

5.3.2.4 Contexto familiar

A família é um sistema social, composto por um grupo de indivíduos, cada um com um papel atribuído, e embora diferenciados, consubstanciam o funcionamento do sistema como um todo, sendo esse sistema formado por indivíduos com ancestrais em comum e/ou ligados por laços afetivos e que, geralmente, vivem numa mesma casa. O contexto familiar representa **o modo como as relações nessa família acontecem**, sendo, portanto, atributos importantes:

- 1) Situação conjugal/familiar: **característica relacional decorrente do estabelecimento de uma união formal ou não entre sujeitos** - situação conjugal (BERBESÍ-FERNÁNDEZ; SEGURA-CARDONA; MONTOYA-VÉLEZ, 2014; BIELER et al., 2012; BRADLEYA et al., 2011; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; GUIMARÃES et al., 2008; LOPES; RANGEL, 2015; MORALES; BARREDA,

2008; PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015; PIMENTEL et al., 2011; SILVA; SALDANHA, 2012; TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014; TRANI; BAKHSHI, 2013), tempo de união estável (RODRIGUES et al., 2012), morar só (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), filhos (CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014), número de filhos (LOPES; RANGEL, 2015), mãe de criança de até 2 anos (AMENDOLA et al., 2014), com quem mora (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), situação familiar (com quem mora) (CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; SILVA; SALDANHA, 2012);

- 2) Características dos membros: **atributos dos membros de uma família para os quais são dispendidos os cuidados e atenção necessária para sua harmonia** - criança ou adolescente de até 14 anos na casa (AMENDOLA et al., 2014), criança. adolescente ou jovem de até 17 anos na casa (AMENDOLA et al., 2014), ser familiar da criança com dor oncológica (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), idoso na casa (AMENDOLA et al., 2014), idoso na casa com outros idosos (AMENDOLA et al., 2014), idoso na casa morando só (AMENDOLA et al., 2014), idoso sofreu queda (AMENDOLA et al., 2014), membro da família com deficiência (AMENDOLA et al., 2014; TRANI; BAKHSHI, 2013), membro da família com dificuldade de comunicação e de funcionamento social (TRANI; BAKHSHI, 2013), membro da família com dificuldades comportamentais e psicológicas (TRANI; BAKHSHI, 2013), membro da família com dificuldades de aprendizagem (TRANI; BAKHSHI, 2013), membro da família com epilepsia ou convulsão (TRANI; BAKHSHI, 2013), quantidade de pessoas com doenças crônica (AMENDOLA et al., 2014), pai alcoolista (ZANATTA; MOTTA, 2015), escolaridade das pessoas da casa (AMENDOLA et al., 2014) e escolaridade do chefe da família (AMENDOLA et al., 2014; CHUC et al., 2013);
- 3) Tipo de família: **diversos contextos vivenciados por uma família no que concerne a sua organização, seja ela relacional ou financeira** - famílias extensas (LOPES; RANGEL, 2015), famílias extensas e monoparentais (LOPES; RANGEL, 2015), número de pessoas no domicílio (CHUC et al., 2013; LOPES; RANGEL, 2015), superlotação em casa (TAH et al., 2015), chefes do domicílio (BRIGNOL et al., 2015), chefia feminina da família (MUÑOZ et al.,

2013), patriarcado (MENEGUEL et al., 2003), monoparentalidade feminina (LOPES; RANGEL, 2015).

5.2.2.5 Redes e suportes sociais

As redes e suportes sociais se configuram como uma **estrutura social composta por pessoas ou organizações, conectadas por um ou vários tipos de relações, que compartilham valores e objetivos comuns de oferecer apoio numa situação de necessidade do sujeito ou sociedade**. Uma das fundamentais características na definição das redes é a sua abertura, possibilitando relacionamentos horizontais e não hierárquicos entre os participantes numa condição de apoio social, que indica uma **variedade de recursos reais ou percebidos disponíveis e oferecidos a um sujeito por meio de seus laços com outros em diversos âmbitos (profissional, familiar ou no âmbito da amizade)**, admitido nas seguintes situações:

- 1) Apoio profissional - necessidade apoio do profissional de saúde (LIMA; SOUZA, 2013), apoio de profissionais de saúde (LIMA; SOUZA, 2013), ausência de suporte social e acolhimento adequado – cuidador formal (SILVA; SALDANHA, 2012), círculo social (STEPHENSON et al., 2014), suporte social (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014), suporte social prestado pelos cuidadores formais (SILVA; SALDANHA, 2012), apoio institucional (LIMA; SOUZA, 2013), fragilidade no apoio prestado durante o pré-natal (LIMA; SOUZA, 2013);
- 2) Apoio familiar - necessidade deste apoio familiar (LIMA; SOUZA, 2013), acompanhada por um membro da família (PARLEY, 2010), apoio da família (LIMA; SOUZA, 2013; STEPHENSON et al., 2014), apoio paterno (LIMA; SOUZA, 2013), recebe visitas de familiares (AMENDOLA et al., 2014), ser apoiado por um membro da família (PARLEY, 2010), inserção da família no cuidado (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), participação de membro da família no cuidado dos filhos (LIMA; SOUZA, 2013), redes familiares (TORRES et al., 2010);
- 3) Apoio de amigos - recebe visitas de amigos (AMENDOLA et al., 2014), redes informais de apoio de colegas (HEASIIP; BOARD, 2012), acompanhada por um amigo (PARLEY, 2010);

- 4) Apoio social - apoio recebido previamente (LIMA; SOUZA, 2013), redes de apoio social (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014; BAGGIO et al., 2015; SILVA; SALDANHA, 2012), apoio social caso necessite de companhia (AMENDOLA et al., 2014), apoio social caso necessite de dinheiro ou ajuda financeira (AMENDOLA et al., 2014), apoio social caso necessite receber cuidados de saúde (AMENDOLA et al., 2014), apoio social caso necessite sair de casa (AMENDOLA et al., 2014), apoio social para realizar tarefas domésticas (AMENDOLA et al., 2014), apoio social quando necessita de bens materiais (AMENDOLA et al., 2014), apoio para prática de prevenção (TAH et al., 2015), sem cuidador quando necessita acompanhamento para consultas ou internações (SILVA; SALDANHA, 2012), percepção de apoio social (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), dependentes de outros para o seu cuidado e apoio (PARLEY, 2010) e redes sociais (TORRES et al., 2010).

5.3.2.6 Gênero

Gênero é uma categoria identitária do que é culturalmente construído como feminino ou masculino, sem, contudo, resultar exclusivamente do sexo biológico, uma vez que gênero é um ato intencional, um gesto performativo que produz significados. Para Butler (2003), ao contrário do que defendiam as teorias feministas, o gênero seria um fenômeno inconstante e contextual, que não denotaria um ser substantivo, mas um ponto relativo de convergência entre conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergentes. Dessa forma, os estudos trouxeram esse tema em relação a:

- 1) Desigualdade de gênero: **tratamento diferente dado aos sujeitos devido às questões de gênero seja por pessoas ou instituições** (MORALES; BARREDA, 2008; RODRIGUES et al., 2012; SILVA; SALDANHA, 2012; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013; TORRES et al., 2010; WOLFFERS et al., 2002): desigualdades gerais de gênero (SILVA; SALDANHA, 2012; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), motivo do abandono do estudos: ser travesti (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013) e crença de gênero da sociedade sobre as pessoas com deficiência (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013);

- 2) Papéis tradicionais: **conjunto de comportamentos esperados característico de uma certa posição na sociedade** - papéis tradicionais de gênero (FIGUEIREDO; AYRES, 2002), representação da mulher como cuidadosa e precavida e com parceiro único (RODRIGUES et al., 2012);
- 3) Machismo: **conjunto de atitudes e comportamentos que tem como resultado a supervalorização das características do sexo masculino** - práticas sexuais de submissão ao homem (RODRIGUES et al., 2012), atitudes e ideias machistas pela mulher: poder do uso da camisinha é exclusivo do homem (RODRIGUES et al., 2012), atitude acusativa de promiscuidade, irresponsabilidade de mulher sobre outras mulheres (RODRIGUES et al., 2012), atitude de submissão ao parceiro (RODRIGUES et al., 2012), influência de constructos machistas e patriarcais sobre sexo e casamento (RODRIGUES et al., 2012), ideia de que a mulher doente é irresponsável e promíscua (RODRIGUES et al., 2012).

5.3.2.7 Violência

A categoria violência foi entendida como qualquer forma de discriminação, seja em relação ao preconceito, hostilidade ou homofobia, ou ainda a intimidação e assédio no trabalho, bem como as agressões físicas, psicológicas ou outras sofridas pelo sujeito por outrem ou por ele mesmo numa relação de abuso. De forma mais clara, **é o uso intencional de força física ou poder, ameaçados ou reais, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resultem ou tenham grande probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, mal-desenvolvimento ou privação** (OMS, 2002). Essa violência foi caracterizada como:

- 1) Discriminação: **ação baseada no preconceito que distingue uma pessoa ou um grupo de outros de modo pejorativo** - discriminação no emprego (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), discriminação: violência institucional (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), discriminação étnico-raciais (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), discriminação no ambiente familiar e no grupo de vizinhos (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), discriminação no último ano (BRIGNOL et al., 2015), discriminação racial: tratamento desigual (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), discriminação (SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007),

discriminação: ambiente familiar e em grupos de amigos e vizinhos e profissionais de saúde (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), discriminação: ambiente religioso (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), discriminação: ausência de caráter (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), discriminação: comércio e em locais de lazer (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), discriminação: da aparência física; as decorrentes de questões de caráter, outras referentes à capacidade intelectual (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), discriminação: em comércio e locais de lazer (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), discriminação: incapacidade intelectual (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), discriminações por parte dos professores ou colegas (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), estigma e discriminação (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), situações de discriminação perpetrada por discriminação: ofensas e atendimento de má qualidade (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), sofrer discriminação (BRIGNOL et al., 2015), estereótipos negativos em relação aos negros (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), hostilidade (sofrer reação de hostilidade (SANTOS et al., 2013; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), homofobia (homofobia (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), homofobia religiosa (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013) e homofobia no emprego (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), ser rotulado por alguém (PARLEY, 2010), preconceito (MOTTA; DIEFENBACH, 2013; MUSSI; TRALDI; TALARICO, 2012; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), discriminação sofrida (SILVA; SALDANHA, 2012), racismo (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), racismo institucional (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), vítima de preconceito racial (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), preconceito em relação à doença (RODRIGUES et al., 2012), sofrer preconceitos em relação a sexualidade (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013) e sofrer preconceitos pra viver a maternidade (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013);

- 2) **Violência sexual: qualquer ato sexual ou tentativa de obtenção de ato sexual por violência ou coerção, comentários ou investidas sexuais indesejadas, atividades como o tráfico humano ou diretamente contra a sexualidade de uma pessoa, independentemente da relação com a vítima (OMS, 2002) - violência sexual (GUIMARÃES et al., 2008; MENEGUEL et al., 2003; TORRES et al., 2010) e violência conjugal (MENEGUEL et al., 2003);**

- 3) Violência física: **uso intencional de força física contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade com o objetivo de causar ferimento ou morte** - taxas de homicídio (MENEGUEL et al., 2003), violência física (BAGGIO et al., 2015; DOWNS et al., 2011; GUIMARÃES et al., 2008; SANTOS et al., 2013; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007; TRANI; BAKHSHI, 2013) e violência conjugal (MENEGUEL et al., 2003);
- 4) Violência verbal: **qualquer ato onde o agressor faz observações ofensivas sobre outra pessoa** – verbalização ofensiva com gritos e xingamentos, entre outros (BAGGIO et al., 2015; DOWNS et al., 2011; GUIMARÃES et al., 2008; SANTOS et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; TRANI; BAKHSHI, 2013);
- 5) Violência psicológica: **violência que acontece em uma relação desigual de poder, em que os agentes exercem autoridade sobre as vítimas, sujeitando-as aos maus tratos psíquicos de forma continuada e intencional** - uso do poder para intimidar ou abusar (PARLEY, 2010), bullying (PARLEY, 2010), intimidação e assédio no local de trabalho (PUGH, 2011; SMITH et al., 2015; PARLEY, 2010), bote expiatório (PUGH, 2011), violência como evento cotidiano (ZANATTA; MOTTA, 2015) e violência institucional (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013).

5.3.2.8 Controle social

O controle social é caracterizado como uma **estratégia democrática de participação dos cidadãos no exercício do poder, colocando a vontade social como fator de avaliação para a criação e metas a serem alcançadas no âmbito de políticas públicas.**

Foi referido como participação em alguma atividade organizada (BRIGNOL et al., 2015), participação no movimento social (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), participação nos grupos de apoio e organizações governamentais e não governamentais (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), participação popular no controle da doença (CHUC et al., 2013), participação social (CHUC et al., 2013) e envolvimento industrial / sindical (PUGH, 2011). A participação social é o subconceito principal atribuído a esse conceito, uma vez que **é a atuação de um sujeito ou**

de um grupo nos planos teóricos e práticos dos movimentos sociais para a tomada de decisão que tenha resultado para o coletivo.

5.3.2.9 Ecossistema

Ecossistema é o **conjunto dos relacionamentos que os seres vivos e o ambiente, composto pelos elementos solo, água e atmosfera (fatores abióticos) mantêm entre si.** As características desse ambiente podem descrever um processo de vulnerabilização a partir de como está a sua configuração em relação a:

- 1) Resíduos: **tudo aquilo que não é aproveitado nas atividades humanas, proveniente das indústrias, comércios e residências, ou seja, lixo, material que sobra após uma ação ou processo produtivo.** No entanto, pode ser reutilizado após processos de reaproveitado ou reciclagem - disposição de resíduos em casa (CHUC et al., 2013), lixo nas ruas (DOWNS et al., 2011);
- 2) Ambiente: **espaço natural e social (construído) onde vive o ser humano e todos os outros seres vivos** - elementos materiais característica de atividades na terra (TAH et al., 2015), posse de terra (TAH et al., 2015), tipo de agricultura (TAH et al., 2015), uso da habitação pela família (TAH et al., 2015), dependência econômica de atividades agrícolas (TAH et al., 2015), ecossistema (TAH et al., 2015), dinâmica espacial e temporal de desmatamento (TAH et al., 2015) e local de reprodução do vector (CHUC et al., 2013) e poluição (DOWNS et al., 2011);
- 3) Clima: **diferentes estados do tempo que se repetem e se sucedem na atmosfera ao longo do ano em determinada região, constituído por elementos como** temperatura, a pressão atmosférica, chuva, neve, e granizo e os ventos, por exemplo - fatores climáticos (TAKAHASHI; SISTO; CECILIO FERNANDES, 2014) e ventilação natural (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015).

5.3.2.10 Acesso aos direitos fundamentais

O direito é reconhecido como a faculdade que tem uma pessoa de mover a ordem jurídica segundo seus interesses (MOREIRA et al., 2018), reconhecidos e positivados na esfera

do direito constitucional positivo de um determinado Estado (caráter nacional), com o entendimento de que eles são princípios básicos para o adequado funcionamento social. Assim, o acesso aos direitos fundamentais **é a possibilidade do sujeito desfrutar de forma plena e respeitosa de todos seus direitos. Para melhor entendimento, esses direitos podem** classificados como direito fundamental de primeira, segunda, terceira e quarta dimensões.

O direito de primeira dimensão é o **direito à vida, à liberdade, à propriedade, à liberdade de expressão, à participação política e religiosa, à inviolabilidade de domicílio, à liberdade de reunião, entre outros**. Foi discutido na literatura em relação ao acesso à participação social e política (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

Ao contrário dos direitos de primeira dimensão, em que o Estado não deve intervir, nos **direitos de segunda dimensão o Estado passa a ter responsabilidade para a concretização de um ideal de vida digno na sociedade. Ligados ao valor de igualdade, os direitos fundamentais de segunda dimensão são os direitos sociais, econômicos e culturais**. Direitos que, para serem garantidos, necessitam, além da intervenção do Estado, que este disponha de poder pecuniário, seja para criá-las ou executá-las, uma vez que sem o aspecto monetário os direitos de segunda dimensão, não se podem cumprir efetivamente. Foram identificados na literatura:

- 1) Acesso à saúde - seguro de saúde (BAGGIO et al., 2015; BIELER et al., 2012; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014;; PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), acesso à saúde (AMENDOLA et al., 2014; BAGGIO et al., 2015; BEZERRA et al., 2012; BIELER et al., 2012; MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011; NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013; SILVA; SALDANHA, 2012), acesso a serviços de saúde (BEZERRA et al., 2012; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; LIMA; SOUZA, 2013; MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; MOTTA; DIEFENBACH, 2013; NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), acesso - utilização de serviço público de saúde (BRIGNOL et al., 2015; GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), acesso - tempo para chegar ao serviço de saúde mais próximo (CHUC et al., 2013), acesso à reabilitação (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), acesso - gastos com saúde (GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012), acesso - pagamento de serviços de saúde e/ou compra de medicamentos (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015), acesso a

diagnóstico e tratamento (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015) acesso a insumo de prevenção (BRIGNOL et al., 2015), distância (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013; MOTTA; DIEFENBACH, 2013), acesso ao serviço: distribuição de senhas (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), acesso ao serviço: espera em longas filas (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), acesso ao serviço: falta de leitos (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), acesso ao serviço: falta de serviços de saúde (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), acesso ao serviço: falta de soluções para necessidades (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), acesso ao serviço: filas (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), acesso ao serviço: tempo de espera (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013), acesso ao serviço: transporte (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), acesso a serviços de apoio (plano de saúde) (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), acessibilidade física (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), prioridade no atendimento (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), procura por serviços de saúde (SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007; PIMENTEL et al., 2011), proximidade ao serviço de saúde (BAGGIO et al., 2015; CHUC et al., 2013);

- 2) Acesso à educação – dificuldades com educação (BEZERRA et al., 2012; MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011; NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013; TRANI; BAKHSHI, 2013), acesso - falta de investimento em sua educação (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013);
- 3) Acesso a assistência social - acesso a benefícios sociais (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), acesso a programas assistenciais (LOPES; RANGEL, 2015), acesso a serviços de apoio (benefício social) (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013);
- 4) Acesso a bens sociais (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), acesso aos bens materiais (SILVA; SALDANHA, 2012), acesso a bens simbólicos (SILVA; SALDANHA, 2012);
- 5) Acesso à cultura (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013);
- 6) Acesso à justiça (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013);
- 7) Acesso à luz (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015);
- 8) Acesso ao lazer (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013) - falta de espaço verde (DOWNS et al., 2011);

9) Acesso ao trabalho e ao emprego- ausência de oportunidades no mercado de trabalho (SILVA; SALDANHA, 2012); oportunidade de trabalho (SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012; SILVA; SALDANHA, 2012), não encontrar trabalho (BRIGNOL et al., 2015) e acesso ao trabalho regulamentado (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

Os direitos fundamentais de terceira dimensão emergiram após a Segunda Guerra Mundial e, **ligados aos valores de fraternidade ou solidariedade, são os relacionados ao desenvolvimento ou progresso, ao meio ambiente, à autodeterminação dos povos, bem como ao direito de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade e ao direito de comunicação.** São direitos transindividuais, em rol exemplificativo, destinados à proteção do gênero humano. Em caráter de humanismo e universalidade, os direitos fundamentais de terceira geração **direcionam-se para a preservação da qualidade de vida, tendo em vista que a globalização a tornou necessária.** Foi citado na literatura o acesso à comunicação (AMENDOLA et al., 2014), acesso a meios de comunicação (BEZERRA et al., 2012; MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011) e acesso à internet (AMENDOLA et al., 2014).

Apesar de ser pouco discutido na doutrina, os direitos fundamentais de quarta dimensão são importantíssimos pois **compreendem os direitos à democracia, a informação e ao pluralismo.** Tal direito **versa sobre o futuro da cidadania e a proteção da vida a partir da abordagem genética e suas atuais decorrências.** Esta imposição de reconhecimento e garantia por parte do Estado se dá porque as normas constitucionais estão em constante interação com a realidade. Em relação a essa dimensão, verificamos o acesso à informação (MARTÍNEZ; SÁNCHEZ, 2015; BRIGNOL et al., 2015).

5.3.2.11 Situação programática

Por fim, o último conceito discutido foi o de situação programática (com ênfase na saúde), pois sabemos que para que os serviços de saúde ou outros consigam oferecer adequadamente aquilo que a população necessita e busca, são necessárias avaliações constantes e identificação das estratégias que garantam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A situação programática **diz respeito às características e processos das instituições que prestam diversos tipos de serviços à população, especialmente aqueles relacionados à saúde.** É representada pela infraestrutura e processos de trabalho.

A Infraestrutura é o **conjunto de elementos que possibilitam a produção de bens e serviços**, sendo elencada no *hall* das pesquisas como:

- 1) Recursos humanos e materiais - infraestrutura geral (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014; TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014), material educativo para prevenção (MARTÍNEZ; SANCHEZ, 2015), medicação assegurada (SILVA; SALDANHA, 2012; STEPHENSON et al., 2014), sala para realização de atividades educativas (VAL; NICHIATA, 2014), quantidade de insumos (VAL; NICHIATA, 2014), problemas de sistemas (PUGH, 2011), disponibilidade de exames (VAL; NICHIATA, 2014), disponibilidade de materiais (VAL; NICHIATA, 2014), distribuição de insumos (VAL; NICHIATA, 2014), consultório permite privacidade (VAL; NICHIATA, 2014), exames diagnósticos ofertados pelo serviço (MARTÍNEZ; SANCHEZ, 2015), oferta de exames específicos (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015), não disponibilização de material de uso individual para a estratégia de redução de danos (BRIGNOL et al., 2015), realização de algum exame para detecção de doença (BRIGNOL et al., 2015), realização de exame clínico (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015), realização de exames (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015; PIMENTEL et al., 2011; SILVA; SALDANHA, 2012; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013; VAL; NICHIATA, 2014), realização de tratamento (VAL; NICHIATA, 2014), oferta de equipamento de proteção individual (EPI) (MARTÍNEZ; SANCHEZ, 2015), oferta de exames de detecção para infecção sexualmente transmissíveis (VAL; NICHIATA, 2014), oferta de exames-padrão (VAL; NICHIATA, 2014) e quantidade de exames laboratoriais (VAL; NICHIATA, 2014);
- 2) Preparo tecnocientífico dos profissionais - capacitação (MARTÍNEZ; SANCHEZ, 2015), capacitação sobre uso de EPI (MARTÍNEZ; SANCHEZ, 2015), deficiência de sua formação profissional (SANTOS; GOMES, 2013), deficiências no modelo de assistência (PIMENTEL et al., 2011), déficit de conhecimento profissional (SANTOS; GOMES, 2013), déficit de conhecimentos profissional (SANTOS; GOMES, 2013), déficit dos profissionais na compreensão das necessidades sociais das pessoas (MUÑOZ; SANCHEZ; BONATTI, 2013), profissional capacitado para condição específica

(VAL; NICHIATA, 2014), revelação tardia da doença (SILVA; SALDANHA, 2012), profissional capacitado para condição específica (VAL; NICHIATA, 2014), tipo de consulta (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015), fragilidades profissionais (SANTOS et al., 2013), despreparo dos profissionais com a doença (SILVA; SALDANHA, 2012), elaboração de parecer técnico sobre material de prevenção (SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), despreparo no atendimento de pessoas com deficiência (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES; 2013), despreparo técnico (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), escassez de informações científicas (SANTOS; GOMES, 2013), enfermagem envolve um comprometimento emocional, bem como físico e intelectual (HEASIIP; BOARD, 2012), enfermeiros se concentrando nos aspectos tecnológicos e especializados do cuidado (HEASIIP; BOARD, 2012), enfrentamento de dificuldades para abordar o paciente perante conhecimento do diagnóstico (SANTOS et al., 2013), falta de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES; 2013), falta de investimento na sua habilitação/ reabilitação profissional (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES; 2013).

Já o processo de trabalho é o **produto da articulação dos atores sociais nos serviços (usuário, profissional e gestor) e a relação estabelecida com o objeto de trabalho, sobre a qual incide a ação do trabalhador**. Envolve as práticas de cuidado, gestão e organização do setor:

- 1) Práticas do cuidado - consulta médica ou de enfermagem (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015), Cuidados centrados na pessoa (HEASIIP; BOARD, 2012), cuidados com a família da criança doente: enfermeiro (VAL; NICHIATA, 2014), cuidados de saúde primários (STEPHENSON et al., 2014), cuidados dentro de serviços (PARLEY, 2010), cuidados infantis (STEPHENSON et al., 2014), cuidados pagos (PARLEY, 2010) e falta de informação ao paciente sobre procedimentos (PIMENTEL et al., 2011), busca ativa de familiar (VAL; NICHIATA, 2014), busca ativa de pacientes (VAL; NICHIATA, 2014), notificação de doença (VAL; NICHIATA, 2014), notificação de doença (VAL; NICHIATA, 2014), tipo de prática como eu-ele

(fazendo a) (HEASIIP; BOARD, 2012), ouvidas pelos profissionais (MUÑOZ; SANCHEZ; BONATTI, 2013), envolver-se demais, sofrer junto e colocar-se no lugar (SANTOS et al., 2013), visita domiciliar e a aproximação do profissional de saúde (LIMA; SOUZA, 2013), satisfação com a atenção da equipe (MUÑOZ; SANCHEZ; BONATTI, 2013) e melhorar a qualidade do atendimento de pessoas em lares (HEASIIP; BOARD, 2012), falta de interesse dos profissionais às demandas específicas das pessoas (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES; 2013), mecanização dos procedimentos realizados pelo profissional (SANTOS; GOMES, 2013);

- 2) Gestão e organização dos serviços de saúde - dificuldades dos programas e das políticas públicas no que se refere à gestão de recursos e compromisso com a organização (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), relatório sobre condições de saúde nas cidades pelos serviços de saúde (CHUC et al., 2013), qualidade dos serviços de saúde (MOTTA; DIEFENBACH, 2013); referência/contrarreferência (VAL; NICHIATA, 2014), profissionais seguem protocolos (SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), protocolo de biossegurança (MARTÍNEZ; SANCHEZ, 2015), programas de educação em saúde (SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015), fluxo de notificação de doenças (VAL; NICHIATA, 2014), fragilidades organizacionais do sistema de saúde (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), existência de comitê de saúde e segurança ativo e efetivo (SMITH et al., 2015), existência de programas específicos (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015), organização de agenda para consulta (VAL; NICHIATA, 2014), tempo médio de resultados de exames (VAL; NICHIATA, 2014); falta de assistência institucional (SILVA; SALDANHA, 2012), falta de reconhecimento nos serviços dos direitos humanos (NICOLAU; SCHRAIBER, AYRES; 2013).

5.3.2.12 Estado

Muitos aportes teóricos foram construídos para discutir o Estado Moderno, levando em consideração diversas correntes de pensamento. Nessa tese, O Estado diz respeito à **estrutura, ou seja, a instituição governamental maior que deve proporcionar o ‘viver bem’**

daqueles que compõem a sociedade, levando em consideração as políticas públicas e o financiamento dos serviços.

- 1) Políticas públicas: **conjunto de sucessivas iniciativas, decisões e ações do regime político frente a situações socialmente problemáticas e que buscam a resolução delas, ou pelo menos trazê-las a níveis manejáveis** (DEUBEL, 2006) - governo e saúde pública (STEPHENSON et al., 2014), falta de políticas assistenciais (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013);
- 2) Financiamento dos serviços: **diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá os gastos nos diversos setores da sociedade, inclusive na saúde** (SILVA, 2004; UGÁ; PORTO,2008) - subfinanciamento do setor saúde, gestão de recursos e compromisso com a organização (MOTTA; DIEFENBACH, 2013).

No caso do Estado, esse conceito é o elemento-chave na configuração das relações entre o sujeito e o social. Ele influencia em parte os processos de vulnerabilidade que acontecem mediante as forças resultantes da interação, ao mesmo tempo que também participa e é influenciado pelos outros elementos.

5.4 ACONTECIMENTOS RESULTANTES DA VULNERABILIDADE EM SAÚDE

As relações de poder são efeitos hegemônicos de posições estratégicas continuamente sustentadas e os afrontamentos podem ser entendidos como o confronto das forças sociais em antagonismo constante contraposições estratégicas instituídas. O poder não é fruto das relações de dominação, mas é algo que permeia qualquer agrupamento humano, uma vez que esse tipo de relação é coexistente à vida social (FOUCAULT, 2011). No entendimento da VS, a relação de poder entre o sujeito e o social é um campo aberto de respostas, reações, resultados, e possíveis invenções. Assim, entendemos que há uma resposta que pode resultar em condições de precariedade ou em empoderamento.

5.4.1 Condições de precariedade

A condição de precariedade pode se revestir de diferentes formas, desde o início, manutenção ou complicação de uma doença, até por exemplo o afetamento da qualidade de vida e saúde mental. Além disso, pode configurar-se numa esfera de iniquidades sociais.

Nesse contexto, a vulnerabilidade em saúde levou a condições de precariedades como: acidente de trabalho (SMITH et al., 2015), sentimentos (HEASIIP; BOARD, 2012; SILVA; SALDANHA, 2012), iniquidades sociais (SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012), complicações da doença (LOU et al., 2012b), desestruturação da família (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), morte (LIMA; SOUZA, 2013), manutenção ou acometimento por nova doença (AMENDOLA et al., 2014; ANJOS et al., 2012; BERBESÍ-FERNÁNDEZ; SEGURA-CARDONA; MONTOYA-VÉLEZ, 2014; BERARDINELLI et al., 2011; BEZERRA et al., 2012; BITTENCOURT et al., 2015; BONOLO et al., 2008; BRADLEYA et al., 2011; BRIGNOL et al., 2015; CARRILLO; BÁEZ; GOLDENBERG, 2014; CHUC et al., 2013; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; FIGUEIREDO; AYRES, 2002; GAVIRIA; MUÑOZ; GONZÁLEZ, 2012; GUIMARÃES et al., 2008; HEASIIP; BOARD, 2012; LIMA; SOUZA, 2013; LOPES; RANGEL, 2015; MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008; MARTÍNEZ; SANCHEZ, 2015; MORALES; BARREDA, 2008; MUÑOZ; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011; MUSSI; TRALDI; TALARICO, 2012; PIMENTEL et al., 2011; OFFIDANI et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013; RODRIGUES et al., 2012; SANTIS; DELEON, 2013; SANTOS; GOMES; MARQUES, 2015; SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014; SILVA; COELHO, 2011; SILVA et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA; MESQUITA, 2007; STEPHENSON et al.,

2014; TAH et al., 2015; TAQUETTE; MEIRELES, 2013; TORRES et al., 2010; VAL; NICHATA, 2014; WOLFFERS et al., 2002), não adesão ao tratamento (BONOLO et al., 2008), dor (FANTINI; ASSUNÇÃO; MACHADO, 2014), perda de paciência (SANTOS et al., 2013), estresse (DOWNS et al., 2011; HEASIP; BOARD, 2012; MUÑOZ; SANCHEZ; BONATTI, 2013; NUÑEZ et al., 2014; SANTOS et al., 2013; TAKAHASHI; SISTO; CECILIO-FERNANDES, 2014), problemas psíquicos (MENEGUEL et al., 2003; TRANI; BAKHSHI, 2013), sintomas diversos (LOU et al., 2012a), violência física ou psicológica (BARROS et al., 2013; PARLEY, 2010; ZANATTA; MOTTA, 2015), repetição do comportamento violento (BARROS et al., 2013) e não-diálogo/discussão (BARROS et al., 2013). Estas se configuram como consequentes e representam a condição de precariedade. No entanto, sabemos que várias outras situações não foram listadas, mas são pertinentes nesse contexto.

As concepções de Butler (2009) seguem um movimento que vai ao encontro do que se quer mostrar aqui sobre a vulnerabilidade em saúde e a condição de precariedade como sua consequência, abrindo novos horizontes para se pensar outros elementos não expostos até então. Segundo a autora, a precariedade traduz uma condição politicamente construída por meio da qual determinadas populações são assimetricamente expostas a contextos de violência, perigo, enfermidade, migração forçada, pobreza ou morte (BUTLER, 2009).

O conceito de precariedade é constituído por dois elementos fundamentais. O primeiro elemento é a relacionalidade. A precariedade é uma condição relacional uma vez que resulta da exposição dos indivíduos ao mundo social e às suas contingências. O segundo elemento é a finitude. No contexto do estudo do conceito de precariedade, a finitude deve ser entendida em termos não existencialistas pois o que se pretende realçar é a medida pela qual o ser humano é absolutamente substituível. De fato, todo o ser humano encontra-se em vulnerabilidade e à contingência da sua condição. Todavia, a vulnerabilidade e a contingência da condição humana apresentam graus assimétricos que variam consoante a comunidade em questão. Existem comunidades particularmente expostas à condição de precariedade, o que significa que esta pode ser compreendida como uma construção humana, o que contribui para acentuar a sua natureza relacional bem como o valor diferenciado concedido à vida humana (BUTLER, 2009).

Discutir o valor diferenciado concedido à vida humana pode revelar de que forma a discriminação opera ao nível da percepção internacional de forma a produzir “versões icônicas de determinadas populações” cuja perda e sofrimento parecem não ser lamentáveis

(BUTLER, 2009, p. 24). Neste sentido, o valor concedido à vida de determinadas comunidades encontra-se condicionado à natureza da articulação entre o poder e o conhecimento e à forma como tal articulação se traduz ao nível do discurso político.

A precariedade deve ser entendida, não segundo uma ontologia individual, mas segundo uma ontologia social que possa revelar a importância da interdependência e da intersubjetividade na produção da vida precária (BUTLER, 2009). Tal produção encontra-se dependente da existência ou inexistência das condições sociais que tornam a persistência da vida possível. Quando tais condições não se encontram presentes as populações ficam expostas à multidimensionalidade do trauma da precariedade humana.

Ao evidenciar a afirmação progressiva de uma política de “formação diferenciada da subjetividade” (BUTLER, 2009, p. 31), que normaliza as formas de violência por meio das quais certas populações são assimetricamente privadas dos recursos necessários à minimização da sua vulnerabilidade. Nos estudos que apontam as precariedades, podemos ver que ela tem cenários diversos, tais como casa, trabalho, instituições de saúde, sendo a violência uma condição expressiva discutida nessas publicações, mostrando o quanto a discussão da precariedade é atual e está estreitamente relacionada ao conceito de vulnerabilidade em saúde.

E como processo e movimento, a precariedade acaba por reforçar situações de vulnerabilidade em saúde estabelecendo diferenças nas relações do sujeito com o social, haja vista que esse conseqüente interfere nos conceitos e subconceitos de cada um dos elementos essenciais citados num ciclo vicioso (Figura 7). No entanto, é importante citarmos que existe a possibilidade de mudança de direção desses processos, sendo o empoderamento o responsável por isso, como visto a seguir.

5.4.2 Empoderamento

De outro modo, numa situação de vulnerabilidade em saúde, o sujeito pode obter meios para enfrentá-la por meio da vivência do empoderamento. Esse termo pode ser aceito como a tradução do reconhecido *Empowerment* que significa a tomada de controle, por indivíduos e coletivos, de suas vidas e do meio ambiente, tornando possível a organização comunitária e a sustentabilidade dos projetos de promoção à saúde na comunidade (CARVALHO, 2004a). Essa tomada do controle sobre a vida reverbera na condição de vulnerabilidade em saúde, uma vez que é possível pô-la num maior movimento em direção à uma situação de saúde e qualidade de vida, ou seja, uma menor vulnerabilidade.

Nesse sentido, vários aspectos favoreceram essa consequência, tais como o apoio ao outro e redes de apoio fortalecida (SILVA; SALDANHA, 2012), preocupação com o outro (HEASIIP; BOARD, 2012), espiritualidade (SILVA; SALDANHA, 2012), esperança (SILVA; SALDANHA, 2012), reflexão sobre a vida (MOTTA; DIEFENBACH, 2013), busca por conhecimento (SANTOS; GOMES, 2013), desejo e capacidade de modificar comportamento (BITTENCOURT et al., 2015), impulsão para o cuidado (HEASIIP; BOARD, 2012), cuidado sensível (HEASIIP; BOARD, 2012), amor expresso nas ações (SANTOS et al., 2013), empoderamento (SANTOS et al., 2013; SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014), enfrentamento (PIMENTEL et al., 2011; SANTOS et al., 2013; SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013), posição mais incisiva (SANTOS et al., 2013), práticas integrais (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013). Os acontecimentos consequentes à vulnerabilidade em saúde relacionados ao empoderamento foram pouco abordados nos estudos, o que inscreve esse tema dentro da necessidade de mais discussão, aceitável diante do também novo conceito de VS.

Alguns autores afirmam que não é possível pensar em processos de empoderamento comunitário sem levar em conta as demais instâncias de funcionamento da vida em sociedade, entre as quais a intrapsíquica, a intersubjetiva e a étnico-cultural. Planejamento de ações de promoção a saúde que se baseie apenas em princípios pragmáticos e racionais, sem levar em consideração a subjetividade e valores de cada grupo social, pode fazer com que esta estratégia se torne vazia de significado (CARVALHO, 2004b; CHOR, 1999).

Carvalho (2004a) afirma que o empoderamento demanda mais do que o "controle sobre os determinantes da saúde", envolvendo também o controle dos indivíduos sobre o próprio destino. Para o autor, ser dono do próprio destino é um processo que demanda autoestima e individualidade, de forma que, apenas na posse desses atributos, o sujeito seja capaz de analisar criticamente o seu meio social. Tais competências, centrais na promoção à saúde, refletem o âmago da noção de empoderamento e implicam uma postura de inovação, de ruptura ou de revolução frente à sociedade.

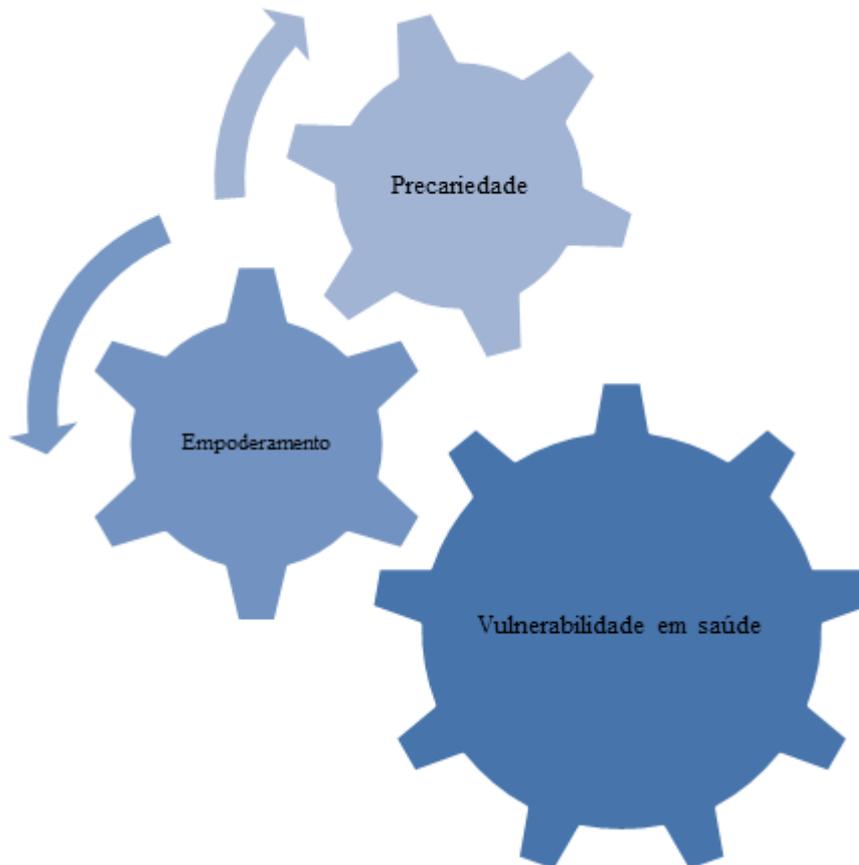
A partir desse conceito de empoderamento, resgata-se não só a questão do controle do sujeito sobre sua vida, mas intrínseco a ele está a questão da resposta social. O empoderamento não é uma característica exclusivamente individual, mas consubstanciada no contexto social, é sempre mútuo e produtor de promoção da saúde.

A promoção da saúde e produção de vida são os panos de fundo importante para as discussões sobre vulnerabilidade em saúde e empoderamento como já apontaram Ayres et al. (2009) e Buss (2009). Sabemos que as primeiras inspirações para o desenvolvimento do

conceito VS advieram da necessidade de se pensar a promoção da saúde e não apenas a prevenção. Segundo Czeresnia (2009), promover tem um significado de ‘dar impulso a’, sendo definida de forma mais ampla que a prevenção, pois não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas se dirige para a produção de vida.

Como já discutido por Ayres et al. (2012; 2009), quando pensamos em VS, estamos na intenção de superar o conceito de risco e ações exclusivamente preventivistas. Construir práticas profissionais por meio da discussão sobre VS favorece as ações de promoção da saúde e as respostas sociais, produzindo empoderamento, diminuindo precariedades e, conseqüentemente, fragilizando os processos de VS. (Figura 7)

Figura 7 – Engrenagem dos consequentes da vulnerabilidade em saúde

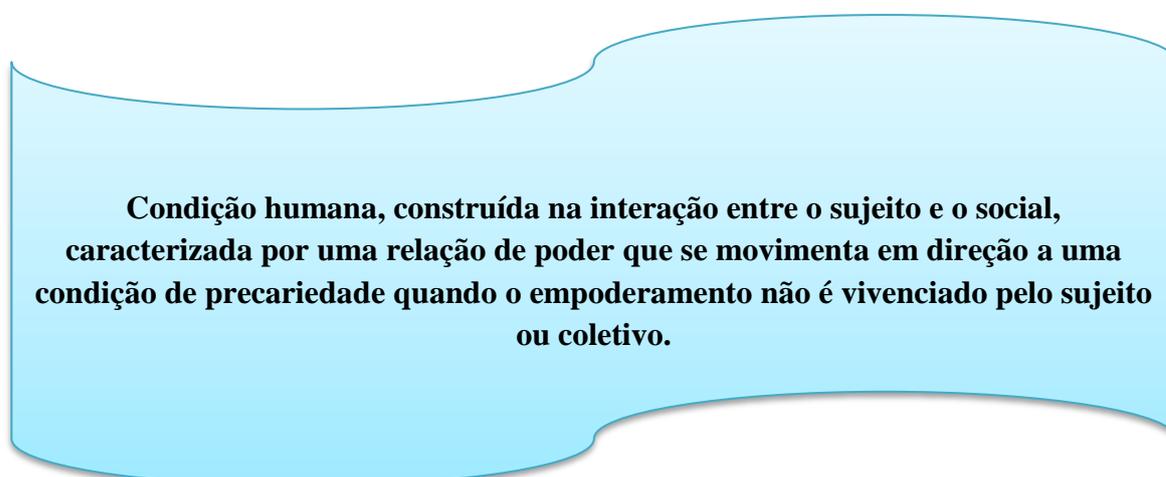


Fonte: Elaborada pela autora.

5.5 MODELO CONCEITUAL DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE

Com base no que foi exposto até aqui e em todas as leituras realizadas, partimos da compreensão de que a vulnerabilidade em saúde precisava ser ‘desenhada’ em um modelo conceitual para que pudesse ser clarificada. Para delinear esse modelo, foi inicialmente necessário definirmos o conceito de Vulnerabilidade em Saúde com base nos elementos essenciais, conceitos e subconceitos estabelecidos nos capítulos anteriores. Desse modo, nós o compreendemos como:

Figura 8 – Definição de Vulnerabilidade em Saúde



Fonte: Elaborada pela autora.

Essa definição é o ponto de partida para pensarmos numa representação do modelo conceitual, fase essa complexa, uma vez que os elementos essenciais da vulnerabilidade em saúde não são hierárquicos, não são dissociados. Nesse mesmo contexto, não entendemos esses elementos como dimensões, pois quando ‘olhamos’ para esse fenômeno vimos dois elementos diversos, mas interconectados. São diversos e são múltiplos. Cada um tem sua característica, conceitos e subconceitos, mas só existem na presença do outro, ao mesmo tempo que por diversas vezes suas características podem se confundir. É um social-sujeito e um sujeito-social. O que está posto no entremeio é de difícil representação. Essa transição é quase imperceptível.

Por isso, a complexidade e desafio imbrincados no desenho do modelo repousa sobre as diversas possibilidades assumidas por esse fenômeno. Existem multiplicidades imbrincadas nos movimentos vivenciados no campo da vulnerabilidade em saúde. Existem aqueles aspectos que nos fazem vivenciar um momento ínfimo de vulnerabilidade em saúde,

enquanto existem outros que nos colocam num processo quase permanente de vulnerabilidade em saúde, mas sempre o vivenciando.

Para Ayres et al. (2009), as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço. Essa afirmação para nós soa parcialmente adequada, pois acreditamos que o sujeito ou coletivo vivencia processos de vulnerabilidade em saúde. Não buscamos a adjetivação, mas os processos.

Se pensarmos numa música e nas suas notas musicais, não sabemos onde encerra uma e inicia a próxima quando as escutamos. Nesse caso, os sentidos humanos não conseguem alcançar a passagem de uma para outra. Pensando nesse sentido, construímos uma figura que representa a vulnerabilidade em saúde nessa perspectiva do entremeio e das relações de poder.

Fazendo uma analogia aos elementos musicais, compreendemos que o conjunto de conceitos e subconceitos relacionados ao sujeito e ao social compõem um conjunto de notas musicais. Estas compõem uma melodia, a Vulnerabilidade em Saúde, que tem variações harmônicas, ou seja, os resultados da sobreposição de acordes simultâneos (conjunto de notas) que formam uma composição musical e causam uma sensação sonora nos ouvintes, a depender da função harmônica. Resgatando esses conceitos para a VS, essas variações podem ser traduzidas num contínuo de condições de precariedade ou de empoderamento. Para melhor entendimento, concebemos que essas respostas são resultado da relação entre as notas, ou seja, interação entre os elementos do conceito, estabelecidas por relações de poder. As condições de precariedade potencializam os processos de vulnerabilidade, enquanto o empoderamento o fragiliza.

Mas como explicar a relação de poder na melodia ou nos processos de VS?

As relações de poder são representadas nessa melodia pela harmonia dos acordes, ou seja, pela sensação que a melodia traz. Aproximando para o contexto da VS, quando há movimento, há poder e ele não pesa só com a força que diz não ou tem como consequência a precariedade, mas ele também permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso, ou seja, produz vidas potentes, empoderadas (FOUCAULT, 2011). Então, assim como nas notas musicais, a VS é produto das relações ‘harmônicas’ entre o sujeito e o social. Essa harmonia não deve ser entendida como equilíbrio, posto que não há um peso maior ou menor entre os elementos; aproxima-se mais dos ajustes realizados nas relações para a produção de novas relações. As variações harmônicas são resultantes dos movimentos produzidos entre o sujeito e o social, os quais produzem múltiplas ‘músicas’, que vão em direções diversas.

É como uma rede de relações entre as notas, ou seja, entre os elementos essenciais com seus conceitos e subconceitos, que ora apresenta uma condição de precariedade que tensiona para a potencialização dos processos de VS, ou ora apresentam uma condição de empoderamento, tensionando para a fragilização dos processos de VS.

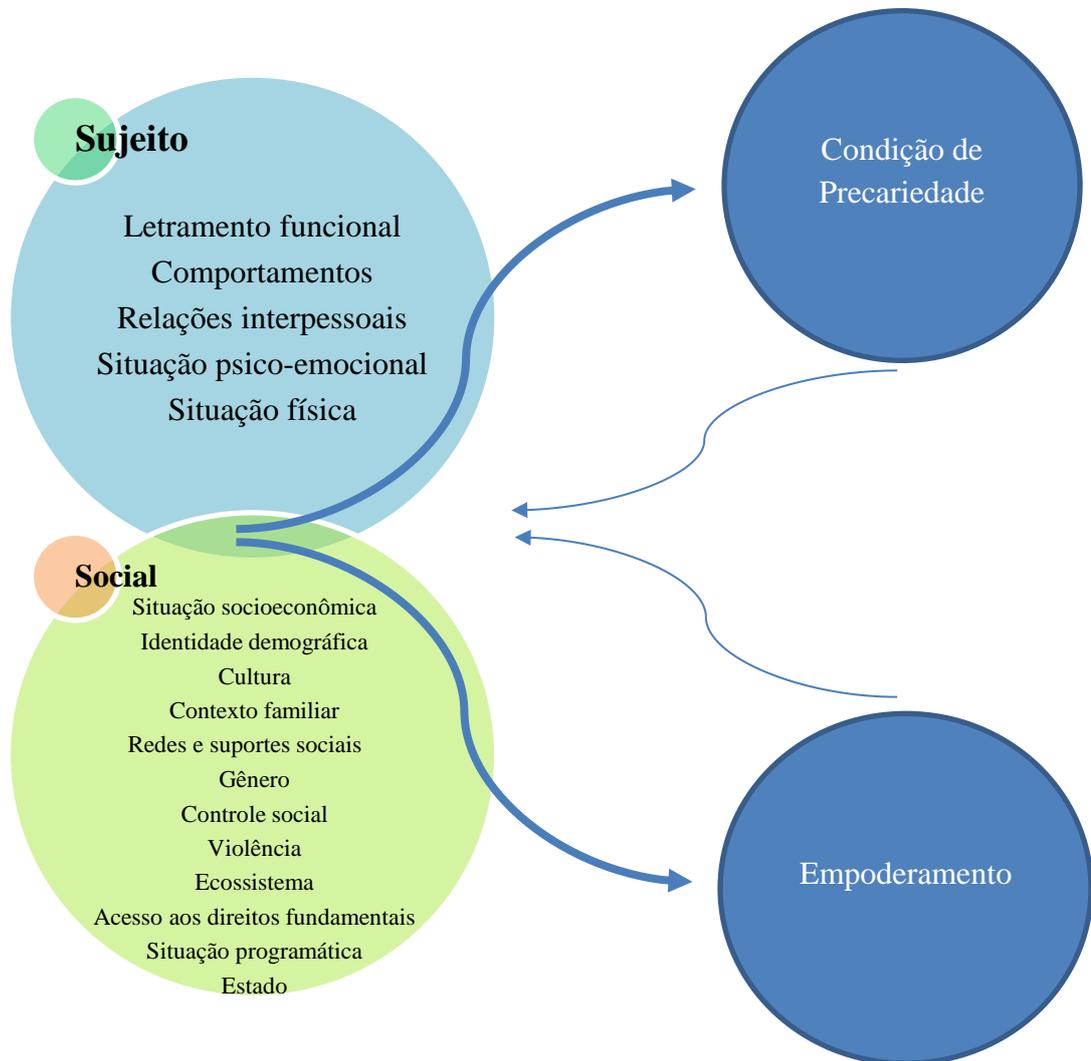
De forma mais operacional, quando o sujeito tem baixo letramento funcional, quando assume práticas de saúde fragilizadoras da vida, está em uma relação abusiva e apresenta problemas psico-emocionais ou físicos; ou mesmo quando apresenta uma situação socioeconômica e demográfica desfavoráveis, segue padrões culturais que sempre renegam a ciência, vive num contexto familiar em desarranjo, não tem ou apresenta uma rede e suporte social fragilizada, sofre violência de qualquer tipo, não participa da estratégia de controle social, contribui para poluição, desmatamento ou outros aspectos negativos que influenciam o ecossistema ou mudanças climáticas que causam desastre, enfrenta dificuldades sociais devido às questões de gênero, não tem acesso aos direitos fundamentais e sua situação programática é desprivilegiada; estamos diante de uma variação harmônica, da potencialização da Vulnerabilidade em Saúde.

Para melhor entendimento, as figuras 9 e 10 representam a vulnerabilidade em saúde e nelas podemos observar os principais componentes do modelo conceitual da Vulnerabilidade em Saúde e sua relação, resgatando o que foi discutido até aqui:

- 1) O sujeito e o social, com seus conceitos e subconceitos;
- 2) A condição de precariedade e empoderamento;
- 3) Processos de potencialização ou fragilização da vulnerabilidade em saúde.

A Figura 9 mostra uma relação dos elementos sujeito e social, com seus principais conceitos, os quais estão numa relação, representada pela interseção, que configura, em conjunto com a precariedade e empoderamento, os processos de VS. Esses consequentes assumem várias nuances e reconfiguram novamente a VS, num contínuo de movimentos diversos decorrentes das tensões produzidas nas relações entre os elementos essenciais.

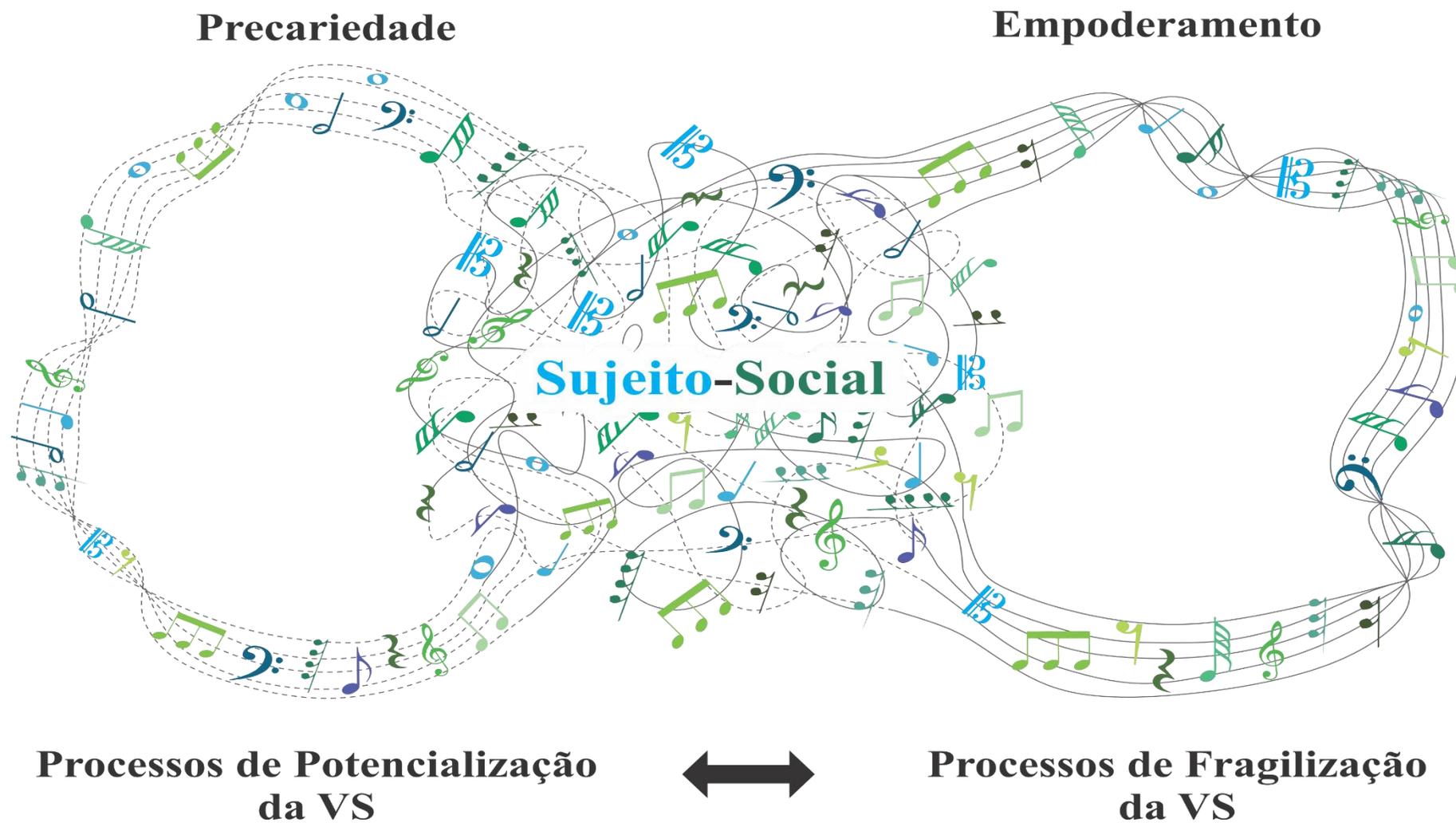
Figura 9 – Conjunto de elementos do modelo conceitual de Vulnerabilidade em Saúde



Fonte: Elaborada pela autora.

A Figura 10 representa o modelo conceitual da VS na perspectiva das múltiplas possibilidades de música que pode ser produzida. As notas musicais são cada um dos conceitos dos elementos essenciais, onde os diversos tons de azul se configuram enquanto o sujeito e os tons de verde, o social. Esses estão em relação, mostrada pelas linhas pontilhadas, as quais definem o caráter não permanente ou fixo daquela interação e que podem mudar a cada vez que entra em contato com outros conceitos (e subconceitos). A resposta dessa relação de poder é a harmonização das notas numa partitura, configurando a melodia do empoderamento, definindo a fragilização da VS ('diminuição'), ou a melodia da precariedade, definindo a potencialização da VS ('aumento'), conformando as diversas possibilidades de música chamadas de VS.

Figura 10 – Modelo conceitual da Vulnerabilidade em Saúde



Fonte: Elaborada pela autora.

As linhas pontilhadas na precariedade falam da fragilidade das relações entre os elementos, o que resulta nos processos de potencialização da VS, enquanto as linhas contínuas remetem a relações mais fortes, no sentido de haver o maior número e qualidade nas relações que permitem maiores níveis de saúde, simultaneamente aos processos de fragilização da VS.

Importante notar que as relações também ocorridas a partir da precariedade ou do empoderamento também podem se reorganizar, dando lugar a outras relações de poder e conseqüentemente a outros processos de VS e outras respostas, fenômeno que pode ocorrer em sequência ou ao mesmo tempo, o que caracteriza a VS como um fenômeno dinâmico e múltiplo.

O modelo conceitual proposto clarificou o conceito de Vulnerabilidade em Saúde, uma vez que seus componentes, sejam aqueles resgatados dos referenciais tradicionais ou aqueles identificados nos estudos, foram definidos de forma constitutiva e operacional.

Além da descrição do fenômeno e identificação dos elementos essenciais, foi possível conhecer os principais atributos (conceitos e subconceitos) do Sujeito e do Social, de forma que se pudesse conjecturar quando a vulnerabilidade em saúde estava presente e repercutindo em precariedade numa determinada situação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que o conceito Vulnerabilidade em Saúde é usado como risco no discurso científico. No entanto, tenta se superar nos significados ‘susceptibilidade’ e ‘precariedade’. Ademais, é discutido mais especificamente no cenário da Atenção Primária, baseado em aspectos epidemiológicos e direcionado às doenças infecciosas. Para além da confirmação da polissemia da VS, a partir das definições encontradas nas pesquisas e pelas nossas reflexões, temos um conceito sustentado pelos elementos essenciais sujeito e social, apresentando conceitos e subconceitos interligados.

No caso do elemento ‘Sujeito’, os conceitos e subconceitos adotados foram Letramento funcional (Aprendizagem, Cognição, Escolaridade, Conhecimento), Comportamentos (Atitude, Autocuidado e adesão, Estilo de vida, Práticas de cuidado, Práticas no trabalho, Rotina e cotidiano, Comunicação), Relações interpessoais (Relações de amizade, Relações de trabalho, Relações familiares, Relações afetivo-sexuais), Situação psicoemocional (Autoestima, Aceitação, Concentração, Crenças, Desejos, Orientação sexual, Percepções, Saúde mental, Sentimentos, Valores) e Situação física (Idade, Sexo, Raça/etnia, Aspectos físicos relacionados ao trabalho, Impacto da doença no trabalho, Situação de saúde-doença).

No que concerne ao ‘Social’, os conceitos e subconceitos construídos foram: Situação socioeconômica (Bens materiais, Moradia, Renda, Classe social, Trabalho), Identidade demográfica (Etnia, Procedência, Migração), Cultura (Formação cultural, Construções sociais, Diferenças culturais), Contexto familiar (Situação conjugal/familiar, Característica dos membros, Tipos de família), Rede e suportes sociais (Apoio social), Gênero (Desigualdade de gênero, Papéis tradicionais, Machismo), Violência (Preconceito, Discriminação, Violência sexual, Violência física, Violência verbal, Violência psicológica), Controle social (Participação social), Ecossistema (Resíduos, Ambiente, Clima), Acesso aos direitos fundamentais (Direitos fundamentais de 1ª a 4ª geração) e Situação programática – ênfase na saúde (Infraestrutura e processo de trabalho).

Os dois elementos com seus conceitos e subconceitos estão numa relação e produzem eventos consequentes, tais como a precariedade (problemas psíquicos, relacionais, físicos ou sociais) e o empoderamento (redes de apoio, enfrentamentos, reflexões, espiritualidade, sentimentos positivos, práticas de promoção da saúde) que reforçam ou minimizam a vulnerabilidade em saúde.

A partir da definição de cada um desses elementos e do conceito de Vulnerabilidade em Saúde, com as suas devidas relações descritas, foi possível construir um modelo conceitual. Este por sua vez foi subsídio para mais uma etapa rumo ao desenvolvimento do conceito em questão, tornando-se importante para as discussões no cenário da promoção da saúde, pois um campo ou uma disciplina, por exemplo, precisam de conceitos bem esclarecidos para que a ‘teoria’ faça sentido na prática, ao mesmo tempo em que esta contribua para o fortalecimento da ‘teoria’.

O modelo foi construído e clarificou o conceito de vulnerabilidade em saúde, o qual pode dar subsídios para a elaboração de pesquisas futuras como forma de direcionamento e efetivação das práticas de promoção da saúde. Pressupomos que nossas reflexões possam complementar as discussões já existentes sobre o conceito, de modo que cada vez mais nos aproximemos da incorporação dessas ideias no plano cotidiano dos processos de trabalho e dos modelos de atenção à saúde.

Falar sobre o que apresentamos foi um desafio, dado que a literatura já nos presenteia com as inspirações de Ayres sobre o tema. Não foi nossa intenção propor a substituição desse quadro conceitual vigente. Foi nossa intenção incorporar novas discussões e definições a ele, o que só foi possível devido aos vários estudos publicados que os utilizaram como referencial. A proposta do modelo foi mais um passo para diminuir a polissemia do conceito e tentar fazer com que os pesquisadores na área da saúde tomem a VS enquanto uma condição humana e não um sinônimo de risco, como visto em muitas publicações.

A tomada de decisão do pesquisador em incorporar esse modelo aos seus projetos pode fortalecer a Saúde Coletiva, pois como um campo de política, saberes e práticas, acolhe as pesquisas vinculadas à produção de sentidos nas esferas da política/gestão, epidemiologia e ciências sociais.

Por fim, ou melhor, para que iniciemos uma nova etapa, fechando esse ciclo de doutoramento, sugerimos, especialmente, aos pesquisadores que leiam com atenção e façam suas reflexões sobre o que foi discutido até aqui para propostas futuras de desenvolvimento de teorias que facilitem os processos de trabalho para que os profissionais de saúde resgatem a produção de vida dos sujeitos que buscam os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-PALACO, I.; GIL-LACRUZ, M.; GIL-LACRUZ, A.I. Vulnerable population and health status in a neighbourhood in Zaragoza (Spain). **Health Soc Care Community**, v.20, n. 6, p. 625-634, 2012.
- AMENDOLA, F. et al. Desenvolvimento e validação do índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência (IVF-ID). **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.1, p.82-90, 2014.
- ANJOS, R.H.D. et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.4, p.829-37, 2012.
- ALMEIDA, C.M.T; RODRIGUES, V.M.C.P.; ESCOLA, J.J.J. A representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde: construção e validação de uma escala. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n. esp., p.1-9, 2013.
- ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador: APCE; Abrasco, 1997.
- ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminar epistemological and antropological notes. **Cadernos de Saúde Pública**, n.17, v. 4, p. 753-770, 2001.
- ARREAZA, A.L.V. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 17, v. 4, p. 1001-1013, 2012.
- ATANÁZIO, E.A; SANTOS, J.M; DIONISIO, L.R; SILVA, J, et al. Vulnerabilidade ao uso do álcool: um estudo com adolescentes das redes públicas e privada no ensino. **Rev. Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas**, v.9, n.1, p: 11-7, jan-apr, 2013.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **Am J Public Health**, n. 96, v.6, p. 1001-06, 2006.
- AYRES, J.R.C.M. **Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco**. 1995. 360f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 1995.
- AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- AYRES, J. R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. Ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

AYRES, J.R.C.M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 27, v. 7, p. 1301-1311, jul 2011.

AYRES, J. R.C.M. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P.F.S.; FERNANDES, J.J.S. (Orgs). **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri, SP: Manole, 2014.

AYRES, J. R.C.M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

BALLARD, J.G. **Project for a glossary of the 20th century**. In: CRARY, J.; KWINTER, S. (Eds). Nova York: Zone Inc., 1992.

BARROS, A.C.M.W. et al. A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.5, p.1493-500, 2013.

BECK, U. **La sociedade del riesgo**: hacia una nueva modernidade. Barcelona: Paidós, 1998.

BERARDINELLI, L.M.M. et al. Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado. **Rev enferm UERJ**, v.19, n.4, p.541-6, 2011.

BERBESÍ-FERNÁNDEZ, D.Y.; SEGURA-CORDONA, A.M.; MONTOYA-VÉLEZ, L.P. Factores asociados a la vulnerabilidad al VIH en habitantes de calle, Medellín, Colombia 2011. **Rev CES Med.**, v.28, n.2, p.193-202, 2014.

BEZERRA, E.O. et al. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. **Rev Rene**, v.13, n.5, p.1121-31, 2012.

BIELER, G. et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. **Acad Emerg Med.**, v.19, n.1, p.63-8, 2012.

BITTENCOURT, G.K.G.D. et al. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.68, n.4, p.579-85, 2015.

BODENMANN, P. et al. Characterizing the vulnerability of frequente emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, crosssectional study. **Int J Equity Health**, v.14, p.146, 2015.

BOEMER, Magali Roseira. Abordagem do “caring”. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.2, p.5-58, 1984.

BONOLO, P.F. et al. Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among HIV patients, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2603-2613, nov. 2008.

BORGES, J.W.P. **Relação interpessoal no cuidado de enfermagem**: elaboração e validação de um instrumento por meio da teoria de resposta ao item. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará, 2016.

BRADLEY H. et al. Developing scales to measure perceived HIV risk and vulnerability among Ethiopian women testing for HIV. **AIDS Care.**, v. 23, n. 8, p. 1043-52, Aug 2011.

BREILH, J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 3, p. 207-233, 1998.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BRIGNOL, S. et al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.1-14, 2015.

BUNGUE, M. **Causalidad**: el principio de causalidad em la ciência moderna. 3. ed. Buenos Aires: Universitaria, 1972.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

BUTLER, Judith. **Frames of War**. When is Life Grievable. London, New York: Verso, 2009.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. Vida precária. Contemporânea – **Revista de Sociologia da UFSCar**, n. 1, p. 13-33, 2011.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v.21, n. 2, p. 513-8, 2013.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Portal de periódicos da CAPES. Buscar assunto. **Vulnerability and Health**, 2017. Disponível em:

http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pmetabusca&mn=88&smn=88&type=m&metalib=index.php?option=com_pmetabusca&mn=88&smn=88&type=m&metalib=aHR0cDovL3JucC1wcm1tby5ob3N0ZWQuZXhsaWJyaXNncm91cC5jb20vcHJpbW9fbGlicmFyeS9saWJ3ZWlvYWN0aW9uL3NIYXJjaC5kbz92aWQ9Q0FQRVNfVjE=&Itemid=119. Acesso em 03 março 2017.

- CARRILLO, G.J.S.; BÁEZ, A.L.M.; GOLDENBERG, P. Validez de contenido: cuestionario de vulnerabilidad al papillomavirus humano. **Enfermería Global**, v.13, n.35, p.211-25, 2014.
- CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad Saude Publica**, v. 20, n.4, p. 1088-1095, 2004a.
- CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Cien Saude Colet**, v.9, n.3, p. 669-678, 2004b.
- CASTIEL, L.D. **A medida do possível...saúde e risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra-capa-Fiocruz, 1999.
- CHINN, P.L.; KRAMER, M.K. **Theory and nursing: Integrated knowledge development**. 5th ed. St.Louis: Mosby, 1999.
- CHUC, S. et al. Condiciones locales de vulnerabilidad asociadas con dengue en dos comunidades de Morelos. **Salud pública Méx.**, v.55, n.2, p.170-8, 2013.
- CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cad Saude Publica**, v.15, n.2, p. 423-425, 1999.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- DAU, S. **Ciência: pesquisa, métodos e normas**. 2.ed. Juiz de Fora: Alexandria, 2006.
- DOWNS, T.J. Vulnerability, risk perception, and health profile of marginalized people exposed to multiple built-environment stressors in Worcester, Massachusetts: a pilot Project. **Risk Analysis**, v. 31, n. 4, Apr 2011.
- DUARTE, M.T.C.; PARADA, C.M.G.L.; SOUZA, L.R.S. Vulnerability of women living with HIV/Aids. Vulnerability of women living with HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 68-75, Feb. 2014.
- DUNCAN, C.; CLOUTIER, J.D.; BAILEY, P.H. Concept analysis: Theimportance of differentiating theontological focus. **Journal of Advanced Nursing**, v. 58, n. 3, p. 293–300, 2007.
- FANTINI, A.J.E.; ASSUNÇÃO, A.A.; MACHADO, A.F. Dor musculoesquelética e vulnerabilidade ocupacional em trabalhadores do setor público municipal em Belo Horizonte, Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v.19, n.12, p.4727-38, 2014.
- FERIGATO, S.; CARVALHO, S.R. O poder da gestão e a gestão do poder. In: MARTIN, A. **Saúde loucura: análise institucional**. Hucitec: São Paulo, 2004. 239p.
- FERNANDES, M. G. M. et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p.1150-1156, nov-dez 2011.

FIGUEIREDO, R., AYRES, J.R.C.M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.4, p.96-107, 2002.

FLORENCIO, R.S. **Excesso ponderal em adultos jovens escolares: uma análise a partir das vulnerabilidades individuais**. 2014. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011. 295 p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 296 p.

FREITAS, C.M.; GOMEZ, C.M. Análise de riscos tecnológicos na perspectiva das ciências sociais. **História, ciências, saúde**, v. 3, n. 3, p. 485-504, 1997.

GAVIRIA, C.F., MUÑOZ, J.C., GONZÁLEZ, G.J. Contaminación del aire y vulnerabilidad de individuos expuestos: un caso de estudio para el centro de Medellín. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v.30, n.3, p.316-27, 2012.

GONÇALVES, K.S. et al. Indicador de vulnerabilidade socioambiental na Amazônia Ocidental. O caso do município de Porto Velho, Rondônia, Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v.19, n.9, p.3809-17, 2014.

GUIMARÃES, M.D. et al. Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness: PESSOAS Project. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 30, n.1, p:55-9, 2008.

HEASIP, V., BOARD, M. Does nurses vulnerability affect their ability to care? **British J Nurs.**, v.21, n.15, p.912, 2012.

KALICHMAN, A.O. **Vigilância epidemiológica da AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas**. Dissertação. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1993.

KRAMER, M.K. Concept clarification and critical thinking: Inte-grated processes. **Journal of Nursing Education**, v. 32, n. 9, p. 406–414, 1993.

KUHN, T.S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2006, 260 p.

LACKEY, N.R. Concept clarification: using the Norris method in clinical research. In B.L. RODGERS AND K.A. KNAFL (Eds.). **Concept development in nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

LANCET. Medical Annotations. **The Lancet**, v. 69, n. 1761, p. 560-562, 1857.

LIMA, L.S., SOUZA, S.N.D.H. Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v.34, n.1, p.73-90, 2013.

LOH, L.W. The Importance of Recognizing Social Vulnerability in Patients during Clinical Practice. **J Health Care Poor Underserved**, v. 28, n. 3, p. 869-88, 2017.

LOPES, V.A.S.; RANGEL, E.M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde Debate**, v.38, n.103, p.817-29, 2014.

LOU, P. et al. Vulnerability, beliefs, treatments and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in rural areas in China: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 287, 2012a.

LOU, P. et al. Vulnerability of patients with chronic obstructive pulmonary disease according to gender in China. **International Journal of COPD**, v. 7, p. 825–32, 2012.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.2, p.242-8, 2008.

MAIRIS, E. Concept clarification in professional practice dignity. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, p. 947–953, 1994.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS, UERJ, 1993.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. **Aids in the world II**. New York: Oxford University Press, 1996.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **Aids in the world**. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

MARTIN ARRIBAS, M.C. Diseño y validación de cuestionarios. **Matronas Profesion**, v.5, n.17, s/p, 2004.

MARTÍNEZ, O.A.C.; SÁNCHEZ, A.I.M. Validación de instrumento para identificar el nivel de vulnerabilidad de los trabajadores de la salud a la tuberculosis en instituciones de salud (IVTS TB-001). **Med. Segur. Trab.**, v.61, n.241, p.448-67, 2015.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MENDES, KS; SILVEIRA, RCCP; GALVAO, MC. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de Evidências na Saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.4, p.955-63, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. HUCITEC, 2014.

MICHAELS. Dicionário brasileiro da língua portuguesa. **Vulnerabilidade**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/VULNERABILIDADE/>. Acesso em 03 maio 2018.

MORALEZ, A.U.; BARREDA, P.Z. Vulnerabilidad al VIH em mujeres en riesgo social. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.5, p.822-9, 2008.

MOREIRA, T.M.M. et al. Direito em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. **Rouquayrol epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 8 ed., 2018.

MOTTA, M.G.C.; DIEFENBACH, G.D.F. Dimensões da vulnerabilidade para as famílias da criança com dor oncológica em ambiente hospitalar. **Esc Anna Nery**, v.17, n.3, p.482-90, 2013.

MUSSI, T.V.F, TRALDI, M.C., TALARICO, J.N.S. Knowledge as a factor in vulnerability to tuberculosis among nursing students and professional. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p.696-703, 2012.

MUÑOZ, L.A. et al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 913-919, ago. 2013.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A.I., BERTOLOZZI, M.R. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.2, p.669-75, 2011.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, Apr. 2007.

NICOLAU, S.M, SCHRAIBER, L.B., AYRES, J.R.C.M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.3, p.863-72, 2013.

NORRIS, C.M. **Concept clarification in nursing**. Rockville, MD: Aspen Systems, 1982.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

NÚÑEZ, D.P. et al. Vulnerabilidad al estrés en pacientes con enfermedad ulcerosa péptica. **Rev. Cubana Med Gen Integr.**, v.30, n.2, p.168-84, 2014.

OFFIDANI, M. et al. Assessment of vulnerability measures and their effect on survival in a real-life population of multiple myeloma patients registered at Marche Region Multiple Myeloma Registry. **Clin Lymphoma, Myeloma Leuk.**, v.12, n.6, p.423-32, 2012.

OLIVEIRA, J.G. et al. Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.37, n.3, p.702-24, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on violence and health**. Genebra, 2002.

OVIEDO, R.A.M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, jun 2015.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da qualidade, 2000. 125p.

PARIS, S.M.J. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. **Folha Médica UNIFESP**, v. 18, n. 1, p. 41-45, 1999.

PARLEY, F.F. What does vulnerability mean? **British J Learning Disabilities**, v.39, n.4, p.266-76, 2010.

PASQUALI, L; PRIMI, R. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item – TRI. **Avaliação Psicológica**, v.2, n.2, p. 99-110, 2003.

PASQUAL, K.K.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.2, p.21-7, 2015.

PIMENTEL, A.V. et al. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero, **Texto e contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 255-262, 2011.

PRIETO, L.; BADIA, X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. **Atención Primaria**, v.28, n.3, p. 201-09, 2001.

PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSES. Key documents. **PRISMA checklist**, 2018. Disponível em: <http://prisma-statement.org/>. Acesso em: 03 maio 2018.

PUGH, D. A Fine Line: The Role of Personal and Professional Vulnerability in Allegations of Unprofessional Conduct. **Journal of Nursing Law**, v. 14, n. 1, p. 21-31, Mar 2011.

RODGERS, B.L. **Concept analysis**: an evolutionary view. In: Rogers BL, Knafelz KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications*. 2th ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

RODRIGUES, L.S.A. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.2, p.349-55, 2012.

RODRIGUES, N.O; NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, ago. 2012.

ROGERS, B.L.; KNAFL, K.A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2th ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

RUOTTI, C. et al. A vulnerabilidade dos jovens à morte violenta: um estudo de caso no contexto dos “Crimes de Maio”. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.733-48, 2014.

SANTIS, J. P., DELEON, D. A. Clients’ perspectives of the relationship of vulnerability and resilience in the context of HIV infection. **Issues Ment Health Nurs.**, v.34, n.5, p.300–8, 2013.

SANTOS, E.I.; GOMES, A.M.T. Vulnerabilidade, empoderamento e conhecimento: memórias e representações de enfermeiros acerca do cuidado. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.5, p.492-8, 2013.

SANTOS, E.I.; GOMES, M.T.; MARQUES, S.C. Acidentes ocupacionais biológicos e práticas protetoras evidenciados nas representações sociais de enfermeiros sobre sua vulnerabilidade. **Rev. Baiana Enferm.**, v.29, n.4, p.391-9, 2015.

SANTOS, E.I., GOMES, A.M.T., OLIVEIRA, D.C. Representações da vulnerabilidade e do empoderamento por enfermeiros no contexto da aids. **Texto Contexto Enferm.**, v.23, n.2, p. 408-16, 2014.

SANTOS, E.I. et al. Entre sofrimento e prazer: a vulnerabilidade para enfermeiros nas relações interpessoais com pacientes com HIV/AIDS. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n.1, p.9-15, 2013.

SCHUMANN, L.R.M.A.; MOURA, L.B.A. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2105-2120, jul 2015.

SEPULVEDA CARRILLO, G.J.; MENESES BAEZ, A.L.; GOLDENBERG, P. Validez de Contenido: cuestionario de Vulnerabilidad al Papillomavirus Humano. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 13, n. 35, p. 211-225, jul. 2014.

SILVA, M.G.C. **Introdução à Economia da Saúde**. Fortaleza: UECE; Expressão, 2004.

SILVA, A.P. et al. Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/Aids entre os acadêmicos de uma universidade privada. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n.1, p.618-23, 2013.

SILVA, J.; SALDANHA, A.A.W. Vulnerabilidade e convivência com o HIV/AIDS em pessoas acima de 50 anos. **Rev. Mal-Estar Subj.**, v.12, n.3-4, p.817-52, 2012.

SILVA, L.V.; COELHO, E.A.C. Experiências sexuais de mães adolescentes, vulnerabilidade e dupla proteção. **Rev. Baiana Enferm.**, v.25, n.2, p.133-144, 2011.

SILVA, M.A.I. et al. Fatores de proteção para a redução da vulnerabilidade à saúde. **Rev Min Enferm.**, v.19, n.3, p.653-8, 2015.

- SILVA, T.M.R.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.5, p.1-9, 2012.
- SILVA, V.N.; OLIVEIRA, A.F.; MESQUITA, F. Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.2, p.22-30, 2007.
- SILVA, D.I; VERÍSSIMO, M.L.O; MAZZA, V.A. Vulnerability in the child development: influence of public policies and health programs. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.1, p: 11-18, 2015.
- SMITH, P.M. et al. The development of a conceptual model and self-reported measure of occupational health and safety vulnerability. **Accid Anal Prev.**, v.82, p.234-43, 2015.
- SOUSA, P.J.; FERREIRA, L.O.C.; SÁ, J.B. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.8, p.2239-51, 2013.
- SOUZA, R.A; ALVARENGA, M.R.M; AMENDOLA, F, SILVA, T.M.R, et al. Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n.2, p: 244-52, 2015.
- SPIRES, J. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. **J. Adv Nurs.**, v. 31, n. 3, p. 715-721, Mar 2000.
- STEPHENSON, N. et al. Mobilising “vulnerability” in the public health response to pandemic influenza. **Soc Sci Med.**, v.102, p.10-7, 2014.
- TAGLIETTI, R.L. et al. Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: presença de vulnerabilidade em saúde. **Scientia Medica**, v. 24, n. 1, p. 39-45, 2014.
- TAH, V. et al. La vulnerabilidad humana a la transmisión vectorial de Trypanosoma cruzi através de los procesos de salud-enfermedad y la apropiación social del território. **Salud Coletiva**, v.11, n.2, p.191-210, 2015.
- TAKAHASHI, L.T.; SISTO, F.F.; CECILIO-FERNANDES, D. Avaliação da vulnerabilidade ao estresse no trabalho de operadores de telemarketing. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v.14, n.3, p.336-46, 2014.
- TAQUETTE, S.R.; MEIRELLES, Z.V. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 129-142, 2013.
- TORRES, Z.L. et.al. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. **Invest educ enferm.**, v.28, n.1, p.11-22, 2010.
- TRANI, J.F.; BAKHSHI, P. Vulnerability and mental health in Afghanistan: Looking beyond war exposure. **Transcult Psychiatry**, v.50, n.1, p.108–39, 2013.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VAL, L.F.; NICHATA, L.Y.I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 145-151, ago. 2014.

WALDOW, V.R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. **Index Enferm.**, v. 23, n. 4, 2014.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5th ed. Upper Saddle River: Person Education, 2011.

WOLFFERS, I. et al. Sexual behaviour and vulnerability of imigrant workers for HIV infection. **Culture, Health and Sexuality**, v. 4, n. 4, p. 459-73, Nov 2010.

ZANATTA, E.A.; MOTTA, M.G.C. Violência, sob o olhar de jovens, na perspectiva da corporeidade e da vulnerabilidade. **Texto Contexto Enferm.**, v.24, n.2, p.476-85, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados: roteiro de observação

1) Aspectos gerais

Título

Temática

Autores

Ano publicação do estudo

Objetivos

Base de dados

Definição de vulnerabilidade em saúde

2) Método

Tipo de estudo

Local onde foram coletados os dados do estudo

Cenário de coleta

3) Análise crítica

Principais resultados e conclusões

APÊNDICE B – Caracterização dos estudos selecionados para revisão integrativa

COD	TÍTULO	TEMÁTICA	AUTOR	REVISTA	ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	LOCAL	POPULAÇÃO
A1	A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica	DST/HIV/AIDS	Luciane Ferreira do Val, Lucia Yasuko Izumi Nichiata	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2014	Identificar marcadores de Vulnerabilidade Programática (VP) às DST/HIV/aids na Atenção Básica no MSP para o enfrentamento do HIV/aids.	Quantitativo	Brasil	Gerentes de UBS
A2	A representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde - construção e validação de uma escala	Vulnerabilidade de cuidadores	Carlos Manuel Torres Almeida, Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues, Joaquim José Jacinto Escola	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2013	Construir e validar um instrumento de medida, a partir de um constructo teórico – Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana em Cuidadores de Saúde (ERVH).	Metodológico	Portugal	12 prestadores de cuidados
A3	A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade	Violência e HIV/AIDS	Ana Cláudia Mamede Wiering de Barros, Olga Maria Bastos, Marcos Vinicius da Silva Pone, Suely Ferreira Deslandes	Ciência e Saúde Coletiva	2013	Analisar os fatores de vulnerabilidade e de proteção à violência intrafamiliar física e psicológica contra adolescentes que vivem com HIV/Aids, infectados por transmissão vertical.	Quantitativo e Qualitativo	Brasil	31 adolescentes
A4	Acidentes ocupacionais biológicos e práticas protetoras evidenciados nas representações sociais de enfermeiros sobre sua vulnerabilidade	Acidentes ocupacionais	Érick Igor dos Santos, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Sergio Corrêa Marques	Revista Baiana de Enfermagem	2015	Descrever os conteúdos relacionados aos acidentes ocupacionais biológicos e às práticas protetoras adotadas por enfermeiros e que estão presentes nas suas representações sociais sobre a vulnerabilidade.	Qualitativo	Brasil	30 enfermeiros
A5	Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS	HIV/AIDS	Elys Oliveira Bezerra, Ana Clara Patriota Chaves, Maria	Revista Rene	2012	Analisar as vulnerabilidades referentes à transmissão sexual do HIV entre estudantes universitários do Centro de	Quantitativo	Brasil	161 universitários

			Lúcia Duarte Pereira, Flaviana Ribeiro Gomes de Melo			Ciências da Saúde de uma universidade pública, por haver uma maior proximidade da matriz curricular com a questão do HIV/Aids e por representarem uma população exposta a riscos que aumentam a vulnerabilidade às DST.			
A6	Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família	Saúde da Mulher/ESF	Kelly Karine Pasqual, Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, Cristina Maria Garcia de Lima Parada	Revista Gaúcha de Enfermagem	2015	Avaliar o processo de atenção prestado a mulheres a partir dos 50 anos de idade em Unidade de Saúde da Família (USF), tomando-se como referência o conceito de vulnerabilidade programática.	Quantitativo	Brasil	715 mulheres
A7	Avaliação da vulnerabilidade ao estresse no trabalho de operadores de Telemarketing	Estresse Ocupacional	Luis Torahiko Takahashi, Fermino Fernandes Sisto, Dario Cecilio-Fernandes	Revista Psicologia: Organizações e Trabalho	2014	Investigar a percepção que os operadores de telemarketing têm dos estressores em seu trabalho e quais fatores se mostram mais vulneráveis, em função do tempo de experiência na atividade, sexo, idade, estado civil e tipo de serviço de telemarketing praticado.	Quantitativo	Brasil	201 operadores de telemarketing
A8	Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica	Família	Tharsila Martins Rios da Silva, Márcia Regina Martins Alvarenga, Maria Amélia de Campos Oliveira	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2012	Caracterizar o perfil de famílias da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família e identificar aquelas em situação de vulnerabilidade.	Quantitativo	Brasil	320 famílias
A9	Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem	HIV/AIDS/Saúde do Idoso	Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira,	Revista Brasileira de Enfermagem	2015	Conhecer concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/AIDS, tomando-se por base o conceito de vulnerabilidade e identificar	Qualitativo	Brasil	250 idosos.

			Lindiane Constâncio da Silva Meira, Maria Miriam Lima da Nóbrega, Jordana Almeida Nogueira, Antonia Oliveira Silva			diagnósticos de enfermagem a partir dessas concepções subsidiados na CIPER 2011.			
A10	Condiciones locales de vulnerabilidad asociadas con dengue en dos comunidades de Morelos	Dengue	Silvia Chuc, Magali Hurtado-Díaz, Astrid Schilman, Horacio Riojas-Rodríguez, Hilda Rangel, Mariana Irina González-Fernández	Salud pública de México	2013	-	Metodológico	México	513 chefes de família
A11	Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante da vulnerabilidade ao HIV/AIDS	HIV/AIDS/universitários	Jecilanie Gonçalves de Oliveira, Janieiry Lima de Araújo, João Carlos Alchieri, Andrezza Karine Araujo de Medeiros Pereira, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento, Renata Borges de Vasconcelos	Revista Baiana de Saúde Pública	2013	Verificar o conhecimento sobre o assunto e sua possível relação com o cuidado diante do comportamento sexual dos jovens universitários dos cursos de graduação de uma universidade pública do nordeste brasileiro e as situações de vulnerabilidade de contaminação por HIV. Como objetivos específicos: verificou-se o nível de conhecimento acerca do HIV e as formas de transmissão e prevenção; caracterizou-se o comportamento sexual nas relações afetivas dos jovens universitários.	Quantitativo	Brasil	430 universitários

A12	Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/AIDS entre os acadêmicos de uma universidade privada	HIV/AIDS/Universitários	Anderson Pinto da Silva, Paulo Roberto Ferreira Machado, Elizabeth Rose da Costa Martins, Cristiane Maria Amorim Costa, Raphaela Nunes Alves, Raquel Conceição de Almeida Ramos	Revista de Enfermagem da UERJ	2013	Identificar o nível de conhecimento e percepção de vulnerabilidades para HIV/AIDS entre estudantes universitários; e verificar se eles realizam o teste Anti-HIV, analisando suas razões para fazê-lo.	Quantitativo	Brasil	160 Universitários das áreas de saúde
A13	Contaminación del aire y vulnerabilidad de individuos expuestos: un caso de estudio para el centro de Medellín	Problemas respiratorios	Carlos F. Gaviria, Juan C. Muñoz, Gabriel J. González	Revista da Faculdade Nacional de Saúde Pública	2012	Medir como a exposição à poluição em uma área crítica, como o centro de Medellín, aumenta a probabilidade de causar problemas respiratórios nos indivíduos que passam mais tempo na área.	Quantitativo	Colômbia	Indivíduos expostos à contaminação
A14	Desenvolvimento e validação do índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência (IVF-ID)	Família	Fernanda Amendola, Márcia Regina Martins Alvarenga, Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, Maria Amélia de Campos Oliveira	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2014	Desenvolver e validar um índice de vulnerabilidade de famílias para incapacidades e dependência (IVF-ID) utilizando dados de famílias acompanhadas por equipes de Saúde da Família de uma região do município de São Paulo, com a finalidade de sintetizar as dimensões de vulnerabilidade a incapacidades e dependência e que possa ser aplicado à avaliação da situação de famílias na Atenção Primária.	Quantitativo	Brasil	276 Famílias cadastradas nas USF
A15	Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na	HIV/adolescente	Renata Holanda Dutra dos Anjos, José Augusto de	Revista da Escola de	2012	Analisar comparativamente a vulnerabilidade ao HIV/AIDS de adolescentes do sexo	Quantitativo	Brasil	226 estudantes.

	vulnerabilidade individual ao HIV		Souza Silva, Luciane Ferreira do Val, Laura Alarcon Rincon, Lucia Yasuko Izumi Nichiata	Enfermagem da USP		feminino e masculino, estudantes do ensino médio de duas escolas públicas de Peruíbe/SP, de acordo com seus conhecimentos, valores e práticas.			
A16	Dimensões da vulnerabilidade para as famílias da criança com dor oncológica em ambiente hospitalar	Dor oncológica/família	Maria da Graça Corso da Motta, Grassele Denardini Facin Diefenbach	Escola Anna Nery (impresso)	2013	Identificar os aspectos que demonstrem as dimensões da vulnerabilidade no universo familiar, sob a ótica da família de crianças com dor oncológica em ambiente hospitalar.	Qualitativo	Brasil	Familiares cuidadores de crianças com câncer
A17	Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras	DST/HIV/AIDS/adolescente	Stella R. Taquette, Zilah Vieira Meirelles	Physis Revista de Saúde Coletiva	2013	Identificar a vivência da discriminação racial de mulheres adolescentes, moradoras de favelas da cidade do Rio de Janeiro, através de suas formas de expressão e influência no processo de agravamento do HIV/Aids.	Quantitativo e Qualitativa	Brasil	955 adolescentes negras
A18	Dor musculoesquelética e vulnerabilidade ocupacional em trabalhadores do setor público municipal em Belo Horizonte, Brasil	Dor musculoesquelética/saúde do trabalhador	Adriana Judith Esteves Fantini, Ada Ávila Assunção, Ana Flávia Machado	Ciência e Saúde Coletiva	2014	Busca, por meio do método Grade of Membership (GoM), elementos para construir novas abordagens dos distúrbios musculoesqueléticos de origem ocupacional.	Quantitativo	Brasil	38304 servidores
A19	Entre sofrimento e prazer: a vulnerabilidade para enfermeiros nas relações interpessoais com pacientes com HIV/AIDS	HIV/AIDS	Érick Igor dos Santos, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Denize Cristina de Oliveira, Caren Camargo do Espírito Santo	Revista de Enfermagem da UERJ	2013	Analisar as representações sociais elaboradas por enfermeiros acerca de sua vulnerabilidade nas relações interpessoais que mantêm com pacientes soropositivos para o HIV que se encontram sob seus cuidados.	Qualitativo	Brasil	30 enfermeiros

A20	Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil	HIV/AIDS/travestis	Patricia Juliana de Sousa, Luiz Oscar Cardoso Ferreira, Janilson Barros de Sá	Ciência e Saúde Coletiva	2013	Conhecer as vulnerabilidades ao HIV/Aids às quais as travestis da Região Metropolitana do Recife estão expostas, visando, dessa forma, produzir conhecimento, suscitar novas hipóteses e direcionar políticas públicas mais efetivas.	Quantitativo	Brasil	Travestis
A21	Factores asociados a la vulnerabilidad al VIH en habitantes de calle, Medellín, Colombia 2011	HIV/AIDS	Dedsy Yajaira Berbesí-Fernández, Angela María Segura-Cardona, Liliana Patricia Montoya-Vélez	Revista CES MEDICINA	2014	Determinar a vulnerabilidade ao HIV nos habitantes de rua na cidade de Medellín – Colômbia.	Quantitativo	Colômbia	230 pessoas
A22	Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular	Hanseníase	Viviane Aparecida Siqueira Lopes, Etuany Martins Rangel	Saúde Debate	2015	Analisar a determinação social da hanseníase, a partir do reconhecimento da vulnerabilidade social dos usuários em tratamento irregular, no Programa de Controle da Hanseníase do município de Campos dos Goytacazes (RJ), identificando os limites de ordem socioeconômica que porventura dificultam a efetivação do controle e da cura da hanseníase.	Documental	Brasil	Fichas de Cadastro Social dos usuários
A23	Assessment of Vulnerability Measures and Their Effect on Survival in a Real-Life Population of Multiple Myeloma Patients Registered at Marche	Mieloma múltiplo	Massimo Offidani, Laura Corvatta, Claudia Polloni, Riccardo Centurioni, Giuseppe Visani, Marino Brunori, Silvia Gentili,	Clinical Lymphoma, Myeloma & Leukemia	2012	Avaliar retrospectivamente se e quais características clínicas do hospedeiro predizem a sobrevida em uma população real de MM prospectivamente registrada no Registro de Mieloma Múltiplo da Região de Marche.	Quantitativo	Itália	266 pacientes com mieloma

	Region Multiple Myeloma Registry		Massimo Catarini, Arduino Samori, Nicola Blasi, Francesco Alesiani, Patrizia Caraffa, Maurizio Burattini, Piero Galieni, Paolo Fraticelli, Mario Ferranti, Luciano Giuliadori, Pietro Leoni						
A24	Characterizing the vulnerability of frequente emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, crosssectional study	Emergência	Patrick Bodenmann, Stéphanie Baggio, Katia Iglesias, Fabrice Althaus, Venetia-Sofia Velonaki, Stephanie Stucki, Corine Ansermet, Sophie Paroz, Lionel Trueb, Olivier Hugli, Judith L. Griffin and Jean-Bernard Daeppen	International Journal for Equity in Health	2015	Caracterizar usuários frequentes de emergência e definir os fatores de risco do uso frequente dos serviços de emergência dentro de um sistema universal de sobrecarga de saúde, aplicando uma estrutura conceitual robusta de vulnerabilidade.	Quantitativo	Suíça	226 usuários de emergência
A25	Clients' Perspectives of the Relationship of vulnerability and Resilience in the Context of HIV Infection	HIV	Joseph P. De Santis, Diego A. Deleon	Issues in Mental Health Nursing	2013	Examinar o relacionamento de uma amostra de pessoas com infecção pelo HIV.	Qualitativo	Estados Unidos	15 participantes com HIV
A26	Does nurses vulnerability Affect their ability to care?	Cuidado	Vanessa Heasiip, Miciiele Board	British Journal of Nursing	2012	Avaliar se o programa teve algum impacto nos cuidados prestados.	Qualitativo	Inglaterra	22 participantes
A27	La vulnerabilidad humana a la transmisión vectorial de Trypanosoma cruzia	Trypanosoma cruzi	Alba Rocío Valdez Tah, Laura Huicochea	Salud Coletiva	2015	Revisar e sintetizar os fatores que compõem o risco para elaborar uma proposta integral	Qualitativo	México	34 entrevistas pais e mães

	través de los procesos de salud-enfermedad y la apropiación social del território		Gómez, Austreberta Nazar Beutelspacher, Judith Ortega Canto, Janine M. Ramsey			e multidisciplinar no estudo do risco.			
A28	Mobilising“vulnerability” in the public health response to pandemic influenza	Influenza Pandêmica	Niamh Stephenson, Mark Davis, Paul Flowers, Casimir MacGregor, Emily Waller	Social Science e Medicine	2014	Examinar como o interesse da vulnerabilidade na saúde pública se desenvolve no domínio da resposta da saúde pública australiana à pandemia de gripe (um domínio que inclui políticas e ações de saúde pública, bem como as experiências dos públicos).	Qualitativo	Austrália	Mulheres, idosas, pessoas imunocomprometidas
A29	Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde	Mulheres com deficiência	Stella Maris Nicolau, Lilia Blima Schraiber, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres	Ciência e Saúde Coletiva	2013	Conhecer como essas mulheres faziam uso desses serviços, examinando-lhes a condição de ser mulher e ser portadora de deficiência, tendo em vista o próprio conjunto de necessidades que reconheciam como suas; e como, segundo elas e também segundo os profissionais, foram acolhidas e cuidadas.	Qualitativo	Brasil	15 usuárias com deficiência
A30	Knowledge as a factor in vulnerability to tuberculosis among nursing students and professionals	Tuberculose	Thaís Virgínia Felício Mussi, Maria Cristina Traldi, Juliana Nery de Souza Talarico	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2012	Avaliar a vulnerabilidade à TB relacionada ao conhecimento sobre a doença entre estudantes de graduação em enfermagem e profissionais de enfermagem.	Quantitativo	Brasil	Enfermeiros professores
A31	Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática	Amamentação	Laís Silva Lima, Sarah Nancy Deggau Hegeto Souza	Ciências Biológicas e da Saúde	2013	Levantar a percepção das mães quanto ao apoio prestado pelos profissionais do serviço de saúde no processo de amamentação, no município de Londrina.	Qualitativo	Brasil	Mães

A32	Representações da vulnerabilidade e do empoderamento por enfermeiros no contexto da AIDS	HIV/AIDS	Érick Igor dos Santos, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Denize Cristina de Oliveira	Texto Contexto Enfermag, Florianópolis	2014	Analisar as representações sociais da vulnerabilidade e do empoderamento elaboradas por enfermeiros no contexto das relações mantidas no ambiente de trabalho, no qual cuidam de pessoas com HIV/AIDS.	Qualitativo	Brasil	30 enfermeiros
A33	Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System	Emergência	Gilles Bieler, Sophie Paroz, Mohamed Faouzi, Lionel Trueb, Paul Vaucher, Fabrice Althaus, Jean-Bernard Daeppen, Patrick Bodenmann	Academic Emergency Medicine	2012	Identificar os fatores sociais e médicos associados ao uso frequente do departamento de emergência (DE) e determinar se os usuários frequentes tinham maior probabilidade de ter uma combinação desses fatores em um sistema universal de seguro de saúde.	Quantitativo	Suíça	719 usuários de emergência
A34	The development of a conceptual model and self-reported measure of occupational health and safety vulnerability	Saúde e Segurança Ocupacional	Peter M. Smith, Ron Saunders, Marni Lifshen, Ollie Black, Morgan Lay, F. Curtis Breslin, Anthony D. LaMontagne, Emile Tompa	Accident Analysis and Prevention	2015	Descrever o desenvolvimento de uma nova medida de vulnerabilidade em saúde e segurança ocupacional (SSO)	Metodológico	Canadá e Austrália	1835 trabalhadores.
A35	Validación de instrumento para identificar el nivel de vulnerabilidad de los trabajadores de la salud a la tuberculosis en instituciones de salud (IVTS TB-001)	Trabalhadores de Saúde e Tuberculose	Óscar Andrés Cruz Martínez, Alba Idaly Muñoz Sánchez	Med Segur Trab (Internet)	2015	Desenhar e validar um instrumento que permita identificar o nível de vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde à tuberculose em instituições de saúde.	Metodológico	Colômbia	502 trabalhadores de saúde
A36	Validez de Contenido: Cuestionario de Vulnerabilidad al Papillomavirus Humano	HPV	Gloria Judith Sepúlveda Carrillo, Alba Lucia Meneses	Enfermería Global	2014	Estabelecer os indicadores de validade de conteúdo do questionário que mede o conhecimento e disposição	Metodológico	Colômbia	3 especialistas em instrumentos e

			Báez, Paulete Goldenberg			para atuar frente ao HPV em adolescentes e adultos jovens.			42 universitários
A37	Violência, sob o olhar de jovens, na perspectiva da corporeidade e da vulnerabilidade	Violência	Elisângela Argenta Zanatta, Maria da Graça Corso da Motta	Texto Contexto Enfermagem	2015	Entender de que modo a violência é compreendida pelos jovens, no seu vivido, na perspectiva da corporeidade e da vulnerabilidade.	Qualitativo	Brasil	21 universitários
A38	Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social	Maternidade	Luz Angélica Muñoz, Ximena Sanchez, Estela Arcos, Antonia Vollrath, Carla Bonatti	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2013	Compreender a vivência das mães em situação de vulnerabilidade social da gravidez até os primeiros anos de vida do filho, assim como suas expectativas para o futuro.	Qualitativo	Chile	9 gestantes
A39	Vulnerabilidad al estrés en pacientes con enfermedad ulcerosa péptica	Úlcera péptica e estresse	David Pérez Núñez, Jessica García Viamontes, Tomás Ernesto García González, Daily Ortiz Vázquez, Martha Centelles Cabrera, Laudelys Pérez Centelles	Revista Cubana de Medicina General Integral	2014	Avaliar a vulnerabilidade ao estresse em um grupo de pacientes com doença péptica ulcerosa.	Quantitativo	Cuba	120 pacientes úlcera péptica
A40	Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais	HIV/AIDS	Larissa Silva Abreu Rodrigues, Mirian Santos Paiva, Jeane Freitas de Oliveira, Sheva Maia da Nóbrega	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2012	Apreender as representações sociais de mulheres em união heterossexual estável, vivendo em contextos sociais distintos, a respeito da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS	Quantitativo e Qualitativo	Brasil	Mulheres casadas soronegativas ou sorodesconhecidas, ou seja, que não conhecem sua condição sorológica para o HIV
A41	Vulnerabilidade e Convivência com o	HIV/AIDS	Josevânia da Silva, Ana Alayde Werba Saldanha	Revista Mal-estar e	2012	Analisar a vulnerabilidade e convivência com o HIV/AIDS em pessoas acima de 50 anos.	Qualitativo	Brasil	10 pessoas soropositivas ao HIV

	HIV/AIDS em Pessoas Acima de 50 Anos			Subjetividade					
A42	Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil	HIV e Sífilis	Sandra Brignol, Inês Dourado, Leila D. Amorim, Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr	Cadernos de Saúde Pública	2015	Analisar os fatores de vulnerabilidade individual, social e programática dos HSH sote-ropolitanos, no contexto da infecção por HIV/ AIDS.	Quantitativo	Brasil	383 homens que fazem sexo com homens
A43	Vulnerabilidade, empoderamento e conhecimento: memórias e representações de enfermeiros acerca do cuidado	Cuidado de enfermagem	Érick Igor dos Santos, Antonio Marcos Tosoli Gomes	Acta Paulista de Enfermagem	2013	Analisar as interfaces entre conhecimento, vulnerabilidade e empoderamento presentes nas memórias e representações sociais acerca do cuidado de enfermagem a pacientes com HIV/Aids elaboradas por enfermeiros.	Qualitativo	Brasil	30 enfermeiros
A44	Vulnerability and mental health in Afghanistan: Looking beyond war exposure	Saúde Mental	Jean-François Trani, Parul Bakhshi	Transcultur Psychiatry	2013	Identificar os fatores que tornam indivíduos e grupos com características demográficas e socioeconômicas específicas em maior risco de sofrimento mental ou distúrbios quando estão expostos à violência no contexto da exposição geral ao conflito.	Quantitativo	Afganistão	1513 pessoas com e sem problemas mentais
A45	What does vulnerability mean?	Vulnerabilidade	Fiona F. Parley	British Journal of Learning Disabilities	2010	Relatar as visões de vulnerabilidade do pessoal de saúde usando dados originais de um estudo de pesquisa.	Qualitativo	Reino Unido	20 profissionais de saúde
A46	Vulnerability of women living with HIV/Aids	HIV/AIDS	Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Lenice do Rosário de Souza	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2014	Esboçam o perfil das mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana / sida nas cidades do interior paulista, na tentativa de identificar características relacionadas à vulnerabilidade	Quantitativo	Brasil	184 mulheres

						individual, social e programática e analisar as condições em que descobriram seu status sorológico.			
A47	Vulnerability, beliefs, treatments and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in rural areas in China: a cross-sectional study	Doença pulmonar obstrutiva crônica	Peian Lou, Yanan Zhu, Peipei Chen, Pan Zhang, Jiayi Yu, Ning Zhang, Na Chen, Lei Zhang, Hongmin Wu, Jing Zhao	BMC Public Health	2012	Avaliar a vulnerabilidade dos pacientes com DPOC em áreas rurais fora da cidade de Xuzhou, província de Jiangsu, a fim de fornecer orientação útil para futuras pesquisas e políticas públicas.	Quantitativo	China	8217 pacientes com DPOC
A48	Vulnerability of patients with chronic obstructive pulmonary disease according to gender in China	Doença pulmonar obstrutiva crônica	Peian Lou, Zhu Yanan, Peipei Chen, Pan Zhang, Jiayi Yu, Ning Zhang, Lei Zhang	International Journal of COPD	2012	Com a pouca informação está disponível sobre a vulnerabilidade dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) na China, objetivou-se avaliar esse fato de acordo com o sexo do paciente.	Quantitativo	China	5650 pacientes com DPOC
A49	Vulnerabilidade ao uso do álcool: um estudo com adolescentes das redes pública e privada de ensino	Álcool/adolescente	Elís Amanda Atanázio, Jacqueline Matias dos Santos, Laudicéia Ramalho Dionísio, Josevânia da Silva, Ana Alayde Werba Saldanha	Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas	2013	Analisar a vulnerabilidade ao uso do álcool, por meio dos discursos de adolescentes escolares das redes pública e privada da cidade de João Pessoa, Paraíba.	Qualitativo	Brasil	160 estudantes adolescentes
A50	Can an Integrated Approach Reduce Child Vulnerability to Anaemia? Evidence from Three African Countries	Anemia	Kendra Siekmans, Olivier Receveur, Slim Haddad	PLoS ONE	2014	Investigar se a prestação de múltiplas intervenções integradas de saúde e nutrição em três países africanos agiu em múltiplos níveis para aumentar a capacidade e reduzir a vulnerabilidade das crianças à anemia.	Quantitativo	Gana, Malawi e Tanzânia	2405 crianças

A51	Child Vulnerability in the Iraqw and Datoga Ethnic Groups of a Village in Northern Tanzania	Vulnerabilidade infantil	Angela Ruth Savage, Dirk M. Van der Wal, Juanita E. Tjallinks	Journal of Transcultural Nursing	2013	Para explorar os valores e crenças do Iraque e Datoga relacionados com a vulnerabilidade da criança, a fim de identificar estratégias culturalmente específicas para ajudar as crianças vulneráveis.	Quantitativo e Qualitativo	Iraque	112 pessoas de 2 grupos étnicos
A52	Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: presença de vulnerabilidade em saúde	Nutrição/criança	Roberta Lamonatto Taglietti, Karine Lazarotto, Silvia Letícia Bernardi Pinto, Carla Rosane Paz Arruda Teo	Scientia Medica	2014	Investigar as práticas alimentares de crianças de seis a 24 meses de idade atendidas por um serviço público de saúde de um município da região Extremo Oeste do estado de Santa Catarina, de forma a identificar em que medida essas práticas indicam situações de vulnerabilidade em saúde para esse grupo.	Quantitativo	Brasil	Mães de crianças
A53	Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com HIV/AIDS em transição da infância para a adolescência	HIV/AIDS/Infância	Renata de Moura Bubuadué, Cristiane Cardoso de Paula, Franco Carnevale, Sandra Catalina Ochoa Marín, Crhis Netto de Brum, Stela Maris de Mello Padoin6	Escola Anna Nery	2013	Identificar as vulnerabilidades ao adoecimento de crianças que foram infectadas pelo HIV/AIDS por transmissão vertical e que estão em transição da infância para a adolescência.	Qualitativo	Brasil	11 adolescentes
A54	Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência da juventude e condições de saúde maternas	Desenvolvimento infantil/saúde materna	Daniel Ignacio da Silva, Verônica de Azevedo Mazza	Cogitare Enfermagem	2014	Conhecer a compreensão do enfermeiro sobre a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança.	Qualitativo	Brasil	39 enfermeiros
A55	Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência das iniquidades sociais	Desenvolvimento infantil/social	Daniel Ignacio da Silva, Liliansa Muller Larocca, Maria Marta Nolasco Chaves,	Revista Brasileira de Promoção da Saúde	2015	Conhecer a compreensão do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança.	Quantitativo	Brasil	39 enfermeiros

			Verônica de Azevedo Mazza						
A56	Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica	Desenvolvimento infantil/família	Daniel Ignacio da Silva, Mariluci Alves Maftum, Verônica de Azevedo Mazza	Texto Contexto Enfermagem	2014	Conhecer a compreensão do enfermeiro sobre a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança.	Qualitativo	Brasil	39 enfermeiros
A57	Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde	Desenvolvimento infantil/política	Daniel Ignacio da Silva, Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, Verônica de Azevedo Mazza	Journal of Human Growth and Development	2015	Caracterizar a dimensão programática da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.	Qualitativo	Brasil	39 enfermeiros
A58	Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança	Cuidado à criança	Débora Falleiros de Mello, Leticia Pancieri, Monika Wernet, Raquel Dully Andrade, Jaqueline Silva Santos, Marta Angélica Iossi Silva	Revista Eletrônica de Enfermagem	2014	Analisar as situações de vulnerabilidade na infância na perspectiva materna, frente ao cuidado à saúde de crianças menores de um ano no contexto da atenção primária à saúde.	Qualitativo	Brasil	16 mães
A59	Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV	HIV/idoso	Valéria Peixoto Bezerra, Maria Angélica Pinheiro Serra, Ijaly Patrícia Pinheiro Cabral, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, Sandra Aparecida de Almeida, Anna Cláudia Freire de Araujo Patrício	Revista Gaúcha de Enfermagem	2015	Conhecer a vulnerabilidade de idosos a infecção pelo HIV no contexto das práticas preventivas.	Qualitativo	Brasil	37 idosos
A60	Vulnerabilidade de famílias de idosos	Família/idoso/ESF	Rosely Almeida Souza, Márcia Regina Martins	Revista Brasileira de Enfermagem	2015	Caracterizar o perfil dos idosos assistidos pela ESF e classificar suas famílias de	Quantitativo	Brasil	1304 idosos e membros de suas famílias

	assistidos pela Estratégia Saúde da Família		Alvarenga, Fernanda Amendola, Tharsila Martins Rios Silva, Cintia Hitomi Yamashita, Maria Amélia de Campos Oliveira			acordo com a situação de vulnerabilidade.			
A61	Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil	Saúde do idoso	Natália Oliveira Rodrigues, Anita Liberalesso Neri	Ciência e Saúde Coletiva	2012	Caracterizar condições de vulnerabilidade social indicada por gênero, idade e renda; de vulnerabilidade individual, indicada por número de doenças, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida, e de vulnerabilidade programática, refletida em índices de SUS-dependência e de vulnerabilidade social e em acesso e uso de serviços de saúde e analisar as relações conjuntas entre esses indicadores.	Quantitativo	Brasil	688 idosos
A62	A Fine Line: The Role of Personal and Professional Vulnerability in Allegations of Unprofessional Conduct	Condutas profissional	Dale Pugh	Journal of Nursing Law	2011	Descrever como uma coorte de enfermeiros australianos tratados com uma alegação de conduta não profissional foi feita em resposta a pesquisa limitada e do discurso sobre este fenômeno.	Qualitativo	Austrália	21 Enfermeiros
A63	A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero	Câncer de colo uterino	Angela Vieira Pimentel, Marislei Sanches Panobianco, Ana Maria de	Texto Contexto Enfermagem	2011	Compreender a percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do	Qualitativo	Brasil	12 em tratamento do câncer

			Almeida, Iácara Santos Barbosa Oliveira			útero, tendo como referencial, a vulnerabilidade.			
A64	Developing scales to measure perceived HIV risk and vulnerability among Ethiopian women testing for HIV	HIV	Heather Bradleya, Amy Tsuia, Michelle Hindina, Aklilu Kidanub, Duff Gillespiea	AIDS Care	2011	Desenvolver escalas psicométricas válidas e confiáveis que medem tanto o risco percebido como a vulnerabilidade percebida do HIV; determinar se o HIV percebido e o HIV percebido Vulnerabilidade são construções independentes, e comparar a validade de construto das escalas de risco percebido ao HIV e vulnerabilidade percebida com um único item de risco percebido frequentemente usado.	Quantitativo e Qualitativo	Etiópia	2049 mulheres
A65	Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness - PESSOAS Project	DST/Saúde mental	Mark Drew Crosland Guimarães, Helian Nunes de Oliveira, Lorenza Nogueira Campos, Carolina Ali Santos, Carlos Eduardo Resende Gomes, Suely Broxado de Oliveira, Maria Imaculada de Fátima Freitas, Francisco de Assis Acúrcio, Carla Jorge Machado	Revista Brasileira de Psiquiatria	2008	Descrever a confiabilidade / validade de um questionário semi-estruturado projetado para avaliar comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre adultos com doença mental crônica.	Quantitativo	Brasil	89 pacientes psiquiátricos

A66	Improving interprofessional practice for vulnerable older people: gaining a better understanding of vulnerability	Vulnerabilidade/idoso	Clare Abley, John Bond, Louise Robinson	Journal of Interprofessional Care	2011	Este artigo relata as descobertas de um estudo mais amplo que explorou o cuidado centrado no paciente para idosos vulneráveis na comunidade. O objetivo específico deste artigo é aumentar a compreensão do conceito de vulnerabilidade na velhice, explorando as perspectivas tanto dos idosos quanto dos profissionais de saúde e assistência social, e subseqüentemente melhorar o atendimento comunitário a idosos vulneráveis.	Qualitativo	Reino Unido	42 pessoas idosas e profissionais
A67	Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero	Violência de gênero	Stela Nazareth Meneghel, Rosângela Barbiani, Helenita Steffen, Ana Paula Wunder, Marisa Dalla Roza, Juliana Rotermund, Sarita Brito, Carla Korndorfer	Cadernos de Saúde Pública	2003	Conhecer e aprender a potencializar as iniciativas de resistência que as mulheres, no seu cotidiano, descobrem e inventam como fenômeno regenerador da integralidade humana através do acompanhamento de grupos de mulheres junto a programas de extensão da Universidade. Avaliar o papel dos grupos como dispositivo de apoio para mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero.	Qualitativo	Brasil	32 mulheres
A68	Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ Aids em São Paulo, SP	Mulheres com HIV/AIDS	Regina Figueiredo, José Ricardo C.M. Ayres	Revista de Saúde Pública	2002	Realizar um estudo-intervenção de base comunitária, buscando desenvolver e avaliar um conjunto de ações de prevenção das DST e da Aids voltadas a atingir a	Qualitativo	Brasil	Mulheres de 132 famílias

						vulnerabilidade da população feminina de baixa renda.			
A69	Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários	Tuberculose	Alba Idaly Muñoz Sánchez, Maria Rita Bertolozzi	Ciência e Saúde Coletiva	2011	Identificar aspectos que caracterizam a vulnerabilidade à tuberculose em moradores do Conjunto Residencial da Universidade de São Paulo (CRUSP).	Quantitativo	Brasil	106 universitários
A70	Experiências sexuais de mães adolescentes, Vulnerabilidade e dupla proteção	IST/HIV em mães adolescentes	Lígia Veloso Marinho da Silva, Edméia de Almeida Cardoso Coelho	Revista Baiana de Enfermagem	2011	Identificar, junto a mães adolescentes, suas experiências sexuais e interpretar tais experiências, articulando-as à adoção da dupla proteção.	Qualitativo	Brasil	7 mães adolescentes
A71	Identificando vulnerabilidade para complicações Cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado	Complicações cardiovasculares em idosos	Lina Márcia Miguéis Berardinelli, Iraci dos Santos, Mauro Leonardo Caldeira Salvador dos Santos, Thaís Carneiro Leão ima, Ana Carolina Missio, Lívia Miguéis Berardinelli	Revista de Enferm da UERJ	2011	Identificar os elementos da vulnerabilidade que contribuem para complicações cardiovasculares na população idosa e caracterizar as estratégias de ação para o cuidado.	Quantitativo	Brasil	28 idosos
A72	Sexual behaviour and vulnerability of imigrant workers for HIV infection	HIV em trabalhadores imigrantes	Ivan Wolffers, Irene Fernandez, Sharuna Verghis, Martijn Vink	Culture, Health and Sexuality	2002	Comportamento sexual dos migrantes como um dos fatores que influenciam a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. De particular interesse é a influência da cultura migrante e uma "identidade migrante" sobre o comportamento sexual, à medida que os indivíduos se adaptam gradualmente às suas	Qualitativo	Malásia	120 imigrantes

						novas comunidades no exterior.			
A73	Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia	Refugiados/DST/SIDA	Zulima López Torres, Sandra Catalina Ochoa Marín, Gloria Alcaraz López, René Leyva Flores, Myriam Ruiz Rodríguez	Investigación y Educación en Enfermería	2010	Analisar as condições de vulnerabilidade sócia às infecções de transmissão sexual e AIDS (IST/HIV/AIDS), em um grupo de mulheres em situação de deslocamento forçado, que chegam À cidade de Medellín (Colombia).	Qualitativo	Colômbia	Mulheres refugiadas
A74	Vulnerabilidad al VIH em mujeres en riesgo social	DST/HIV/AIDS	Alfonso Urzúa Morales, Patricia Zúñiga Barreda	Revista de Saúde Pública	2008	Avaliar a vulnerabilidade por fatores de risco ao HIV/AIDS em mulheres em risco social.	Quantitativo	Chile	178 mulheres
A75	Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis	DST/HIV/AIDS	Valéria Nanci Silva, Ana Flávia d'Oliveira, Fábio Mesquita.	Revista de Saúde Pública	2007	Analisar elementos da vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis.	Qualitativo	Brasil	Mulheres usuárias de drogas
A76	Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável	DST/HIV/AIDS	Christiane Maia, Dirce Guilhem, Daniel Freitas	Revista de Saúde Pública	2008	Estudar conhecimentos, comportamentos preventivos e percepções em relação ao HIV/Aids de homens e mulheres heterossexuais casados ou em união consensual.	Quantitativo	Brasil	Pessoas casadas ou em relação conjugal estável
A77	Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among HIV patients, Minas Gerais State, Brazil	HIV	Palmira de Fátima Bonolo, Carla Jorge Machado, Cibele Comini César, Maria das Graças Braga Ceccato, Mark Drew Crosland Guimarães	Cadernos de Saúde Pública	2008	Descrever os perfis de vulnerabilidade e verificar sua associação com a não adesão à terapia anti-retroviral (ART) entre 295 pacientes com HIV que receberam sua primeira receita em dois centros de referência pública nos estados de Minas Gerais, Brasil.	Quantitativo	Brasil	295 pacientes com HIV
A78	Vulnerability, risk perception, and health profile of marginalized people exposed to	Estressores ambientais/FAMÍLIA	Timothy J Downs, Laurie Ross, Robert Goble, Rajendra Dubedi,	Risk Analysis	2011	Avaliar a vulnerabilidade a múltiplos estressores; identificar qual é a natureza da vulnerabilidade complexa;	Qualitativo	Estados unidos	80 entrevistados

	multiple built-environment stressors in Worcester, Massachusetts: a pilot project		Sara Greenberg e Octavia Taylor			compreender como as descobertas dos pilotos podem ser usadas por nossa comunidade em geral, e quais as lições aprendidas e descrever as implicações para a ciência e a política.			
--	---	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--