

# A VULNERABILIDADE ACRESCIDA EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Texto de apoio da Unidade Curricular de  
Intervenção ao Cliente com Vulnerabilidade

Acrescida

2º ano do CLE



Autor: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado  
de Sousa



Lisboa  
maio 2022

## Índice

INTRODUÇÃO .....	2
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	4
2. METODOLOGIA.....	6
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	9
CONCLUSÃO.....	12

## INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade é um conceito geral que, em saúde, significa suscetibilidade para desenvolver determinado problema de saúde. Assim, entendem-se por populações vulneráveis aquelas que têm maior risco de desenvolver problemas de saúde a nível físico, psicológico ou social devido ao seu *status* sociocultural marginalizado, ao seu acesso limitado a recursos económicos ou devido a características individuais tais como o género ou a idade. O conceito de vulnerabilidade aplica-se tanto a indivíduos como a populações e tem associado uma conotação pejorativa porque frequentemente essas populações são caracterizadas pelo que as torna mais frágeis, e só raramente são referidas pelas suas capacidades, que se forem mobilizadas, as tornam resilientes. O risco é uma ameaça a um sistema, composto de perturbações e stresse. Geralmente assume-se “perturbação e stresse” como algo que vem de fora do sistema. No entanto, esta leitura poderá ser demasiado limitadora, uma vez que existe uma troca de matéria, energia e informação com o meio externo. A capacidade de resposta (do sistema face às perturbações) para ajustar a um dano/perturbação será a capacidade desse sistema em tomar partido das oportunidades e lidar com as consequências de uma transformação que ocorre. A capacidade de resposta é claramente um atributo da pessoa, grupos e/ou comunidade. Exemplos de acréscimo de vulnerabilidade são os fenómenos sociais ligados à pobreza, à migração, à doença mental, a comportamentos aditivos, à institucionalização de crianças e/ou idosos, à colocação em prisões, à violência sobre a criança, a mulher ou o idoso, ao cliente em cuidados paliativos, à adolescente grávida, a famílias instáveis, a vítimas de violência, a pessoas em condição de sem-abrigo e a jovens de rua.

A vulnerabilidade é um processo dinâmico e multidimensional, no qual se estabelece uma interação entre as características pessoais e as condições

sociais e ambientais. A vulnerabilidade, enquanto condição ontológica do ser humano, pode ser agravada pela vivência do processo de transição, expondo o cliente a um potencial perigo, a uma recuperação problemática ou demasiado longa, ou a um processo de adaptação inadequado ou adiado (Meleis, 2000). Também, de acordo com Chesnay (2008), a vulnerabilidade em termos de saúde significa a existência de um risco acrescido para o desenvolvimento de problemas de saúde considerando-se pessoa ou grupo/população com vulnerabilidade acrescida aqueles que estão suscetíveis a desenvolver problemas de saúde devido à sua condição sociocultural, limitação económica, marginalização e/ou características pessoais tais como idade, género ou situações de doença. Exemplos de acréscimo de vulnerabilidade são os fenómenos sociais ligados à pobreza, à migração, à doença mental, a comportamentos aditivos, à institucionalização de crianças e/ou idosos, à colocação em prisões, à violência sobre a criança, a mulher ou o idoso, ao cliente em cuidados paliativos, à adolescente grávida, a famílias instáveis, a vítimas de violência, a pessoas em condição de sem-abrigo e a jovens de rua.

Para estudar o fenómeno, recorreremos a uma *scoping review*, para mapear o conceito de vulnerabilidade acrescida numa perspetiva de saúde comunitária.

Este documento é um contributo para a clarificação do conceito de Vulnerabilidade de forma a harmonizar e fundamentar o desenvolvimento de aprendizagens na Unidade Curricular de Intervenção ao Cliente com Vulnerabilidade Acrescida.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Vulnerabilidade é conceptualizada como sendo constituída por componentes que incluem a exposição a perturbações ou tensões externas, a sensibilidade à perturbação e stress e a capacidade de adaptação.

Vulnerabilidade também é referida como uma suscetibilidade ao dano, um potencial para uma mudança ou transformação do sistema quando confrontado com uma situação de stresse.

Segundo Chesnay (2008), a vulnerabilidade é um conceito geral que, em saúde, significa suscetível de desenvolver determinado problema de saúde. Assim, entendem por populações vulneráveis aquelas que têm maior risco de desenvolver problemas de saúde a nível físico, psicológico ou social devido ao seu *status* sociocultural marginalizado, ao seu acesso limitado a recursos económicos ou devido a características individuais tais como o género ou a idade. Para os mesmos autores, o conceito de vulnerabilidade aplica-se tanto a indivíduos como a populações e tem associado uma conotação pejorativa porque frequentemente essas populações são caracterizadas pelo que as torna mais frágeis, e só raramente são referidas pelas suas capacidades, que se forem mobilizadas, as tornam resilientes.

Verifica-se frequentemente que as populações vulneráveis são também populações com recursos socioeconómicos limitados que vivem na pobreza. Da mesma forma também a exclusão social se configura como um fenómeno multidimensional, e para tal situação contribuem de acordo com Rodrigues (1999:65) “fenómenos sociais diferenciados, tais como o desemprego, a marginalidade, a discriminação, a pobreza, entre outros.”

O risco é uma ameaça a um sistema, composto de perturbações e stresse. Geralmente assume-se “perturbação e stresse” como algo que vem de fora do sistema. No entanto, esta leitura poderá ser demasiado limitadora, uma vez que existe uma troca de matéria, energia e informação com o meio

externo. A capacidade de resposta (do sistema face às perturbações) para ajustar a um dano/perturbação será a capacidade desse sistema em tomar partido das oportunidades e lidar com as consequências de uma transformação que ocorre. A capacidade de resposta será claramente um atributo da Pessoa, grupos e/ou comunidade.

Esse atributo poderá ser inerente ou adquirido/fornecido por intervenções que visam o *empowerment*, do cliente/grupo. Desta forma, é necessário neste processo estarem presente as dimensões de direito das pessoas, da participação e organização social e suas ocorrências, (Nichita, 2008).

## 2. METODOLOGIA

Na procura da sistematização da temática em estudo, foi elaborado um protocolo de pesquisa tendo por base os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações constantes no Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (2015)

na medida em que facilita a pesquisa e possibilita a seleção da melhor evidência permitindo, simultaneamente, decidir criteriosamente se a mesma é ou não aplicável nos contextos da prática. Para a formulação da pergunta, foi utilizada a metodologia PCC (quadro 1).

P	Vulnerable Populations	Higher vulnerability*(MeSH); "Vulnerable Populations" (and) (MeSH); Health* (MeSH) (and) Community,
C	Community	
C	Higher vulnerability	

Quadro 1. Esquema PCC da *scoping review*

Formulou-se a questão de partida: Quais os fatores/dimensões da vulnerabilidade acrescida que influenciam a saúde de populações vulneráveis, na comunidade?

Partindo desta questão, foram definidos critérios para inclusão de estudos na *scoping review*. Os critérios de inclusão (Quadro 2), também denominados critérios de elegibilidade, permitem especificar as características que delimitam a população do estudo, Polit e Beck (2011).

Tipo de Estudo	Estudos Primários	Os estudos primários correspondem a investigações originais, sendo eles: relatos de caso; estudos de casos e estudos de casos e controles; estudo de coorte e ensaio clínico controlado randomizado, Campana (1999).
	Estudos Empíricos	Estudos empíricos são estudos que integram um processo de recolha e tratamento de dados originais por parte do investigador, Coutinho (2011).
Estudos publicados entre 1997 e 2021		
Tipo de Participantes	Estudos que relatam resultados referentes a populações vulneráveis	
Tipo de intervenção	Estudos que investigam os fatores/dimensões relacionados com a vulnerabilidade acrescida	Serão considerados os estudos relacionados com vulnerabilidade acrescida que influenciam a saúde de populações vulneráveis, na comunidade.

Quadro 2. Critérios de Inclusão

Depois da questão de partida identificada e aplicados os critérios de inclusão, iniciou-se a etapa da identificação dos estudos. Nesta, foram utilizadas as fontes *CINAHL*® (EBSCO HOST® via ESEL) e *MEDLINE*® (EBSCO HOST® via ESEL), para identificar todos os estudos que, segundo critérios pré-estabelecidos, pudessem vir a ser incluídos na *scoping review*. Desta forma, tornou-se necessário definir os termos da pesquisa, que devem incluir todos os itens-chave da pergunta da *scoping review*.

Consequentemente, para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na *scoping review*, isolaram-se os conceitos relativos aos participantes, à intervenção e aos resultados pretendidos, de modo a definir assim, um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por intersecção, levariam à obtenção da frase booleana. Recorreu-se, então, aos descritores do MeSH Browser®.

Numa fase inicial da identificação dos estudos, obtiveram-se quinze referências. Os estudos foram avaliados quanto à qualidade metodológica de acordo com as recomendações

Após teste de relevância, foram excluídos nove artigos, dois por serem estudos secundários e sete estudos por não apresentarem população vulnerável. Dos restantes, foi elaborada análise e avaliação crítica, através da sua leitura integral. Constatou-se que seis artigos versavam sobre aspetos relevantes da temática.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vulnerabilidade acrescida é um conceito gerador de controvérsia, surgindo a necessidade de agregar vários aspetos. Vejamos, como Pinto, Romão, Santos, Encarnação, Sousa (2016) agregaram vários autores e procuraram constituir uma definição de vulnerabilidade acrescida:

*(...) o resultado da interação de fatores biológicos, epidemiológicos, sociais e culturais, (Antunes, 2015; Heaslip & Ryden, 2013) da dinâmica entre eles e inerente aos mesmos (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fracolli, 2008; Adger, 2006; Rogers, 1997; Oviedo & Czeresnia, 2015). Esta condição é também influenciada pelo ambiente interno (emoções, experiências, doenças, relações, significado atribuído aos eventos de vida) e externo (mudanças tecnológicas, sociedade, economia, política, preconceitos e estigmas) do sujeito que a vivencia (Michaels & Moffett, 2008 In Chesnay & Anderson, 2008; Silva & Gutierrez, 2013; Silva, Lima & Galhardoni, 2010). A capacidade de adaptação (coping), a resiliência e a sensibilidade da pessoa face à situação são fatores importantes na resposta à condição de vulnerabilidade acrescida (Gallopín, 2006; Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fracolli, 2008). Pode entender-se como a suscetibilidade das pessoas a problemas ou danos e depende da magnitude da ameaça, podendo levar a transformações/mudanças na pessoa e/ou ambiente (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fracolli, 2008; Michaels & Moffett, 2008 In Chesnay & Anderson, 2008; Gallopín, 2006; Janczura, 2012; Murphy, 2012 in Janczura, 2012; Brooks, Adger & Kelly, 2005; Philips, 1992 in Heaslip & Ryden, 2013; McCarthy et al., 2001 in Adger, 2006). A vulnerabilidade acrescida pode ser perspectivada de forma individual ou de forma coletiva/grupo populacional (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fracolli, 2008). Integra três dimensões, a individual/social/política (organizacional/institucional – sinónimos). A pessoa em condição de vulnerabilidade acrescida encontra-se mais suscetível a problemas de saúde, aumentando a morbilidade e mortalidade associadas aos mesmos, por este motivo deve ser encarada a pessoa de forma holística e tendo em conta o contexto em que se insere (Salem et al., 2014; Heaslip & Ryden, 2013). (...)*

A população vulnerável tem um acesso dificultado à saúde por recursos escassos, características individuais ou estereótipos instituídos pela sociedade Salem (2014), sendo necessária uma intervenção precoce na doença, reeducação e encaminhamento adequado. Sebastian (2011)

Segundo Rogers (1997), a vulnerabilidade depende da interação de variáveis pessoais e ambientais. Esta condição dependerá do ambiente em que a pessoa se insere, podendo alterar o grau de vulnerabilidade noutro contexto. Os recursos pessoais também influenciam a vulnerabilidade, sendo que à medida que estes ou o suporte ambiental aumentam, diminui o nível de vulnerabilidade, constituindo-se uma concepção subjetiva.

Este conceito pode perspetivar-se segundo uma visão pessoal ou social. A primeira refere-se ao estilo de vida do indivíduo, influenciando a saúde, autocuidado e satisfação das necessidades básicas. A vulnerabilidade social depende da influência social na saúde individual, sendo essencial conhecer o acesso e a disponibilidade dos mesmos, Eckenfels (2002).

Consideram-se três dimensões da vulnerabilidade acrescida: individual (fatores de risco, estilo de vida); social (acesso a fontes de informação, meios, recursos disponíveis e capacidade para enfrentar dificuldades); política/institucional (família, escola, serviços). Em cada dimensão existem fatores não modificáveis e modificáveis, sendo os últimos aqueles em que o enfermeiro poderá intervir, reduzindo o grau de vulnerabilidade, Rogers (1997).

A dimensão individual, na medida em que todos os indivíduos são suscetíveis a fatores de risco, agrega um conjunto de aspetos próprios do modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ou, pelo contrário que se protejam. Procurou-se traduzir num exemplo: a qualidade de informação que as pessoas dispõem sobre HIV e suas formas de transmissão, bem como sobre sexualidade, uso de drogas e serviços a

que podem recorrer.

A dimensão social, o acesso à informação, ao conteúdo e à qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem perante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete a aspetos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. A vulnerabilidade não depende só das pessoas individualmente, mas de aspetos 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. Todos estes aspetos devem ser incorporados nas análises de vulnerabilidade. Os indivíduos podem possuir conhecimento sobre o HIV nas vertentes referidas, mas se o contexto social não for facilitador, funcionará como um obstáculo a colocar em prática esses conhecimentos.

A dimensão política ou institucional também tem a sua relevância, uma vez que a vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada pelas diversas instituições sociais: famílias, escolas, serviços de saúde, etc. Para que os recursos sociais de que as pessoas precisam para não se expor aos fatores de risco e de se proteger dos seus danos estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços institucionais nessa direção. A situação pandémica por covid19 veio acentuar as situações de vulnerabilidade tal como a oferta de vacinação anti covid19 nos diferentes países.

## CONCLUSÃO

A vulnerabilidade acrescida em termos de saúde, significa a existência de um risco acrescido para o desenvolvimento de problemas de saúde, considerando-se pessoa ou grupo/população com vulnerabilidade acrescida aqueles que estão suscetíveis a desenvolver problemas de saúde devido à sua condição sociocultural, limitação económica, marginalização e/ou características pessoais tais como idade, género ou situações de doença, Chesnay (2008).

Consideram-se grupos vulneráveis aqueles que social e psicologicamente e/ou materialmente estão mais sujeitos ao fenómeno da exclusão social quer seja por motivos de saúde, orientação sexual, religiosos, culturais, etnia, género, incapacidade física ou mental, entre outras, tendo assim maior probabilidade de desenvolverem problemas e necessidades de saúde que a restante população, Stanhope e Lancaster (2011). Subgrupo da população que tem maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde como resultado da exposição ao risco, ou ter piores resultados de saúde que a população em geral, apresentam um maior risco de mau estado de saúde e défice de acessibilidade a cuidados de saúde, Nichita (2008)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adger, W. (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16, 268-281.
- Brooks, N., Adger, W. N., & Kelly, P. M. (2005). The determinants of vulnerability and adaptive capacity at the national level and the implications for adaptation. *Global Environmental Change*, 15, 151-163.
- Campana, A. (1995). Introdução à investigação clínica. 1ª ed. São Paulo: Editora Trianon.
- Chesnay, M., & Anderson, B. (2008). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- Coutinho, C. (2011). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Edições Almedina.
- Gallopín, G. (2006). Linkages between vulnerability, resilience, and adaptive capacity. *Elsevier*, 293-303.
- Heaslip, V., & Ryden, J. (2013). *Understanding Vulnerability*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Janczura, R. (2012). Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos*, II, 301-308.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 12-28.
- Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R., & Fracolli, L. (2008). A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev Latino-Americana Enfermagem*, 16, 129-135.
- Oviedo, R. A., & Czeresnia, D. (2015). O Conceito de Vulnerabilidade e Seu Carácter Biossocial. *Comunicação Saúde Educação*, 19, 237-249.
- Polit, D., Beck, C. (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:

Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Rodrigues, E. V. & Samagaio, F. & Ferrreira, H. & Mendes, M. M. & Januário, S. (1999). A Pobreza e a Exclusão social: Teorias, Conceitos e Políticas Sociais em Portugal. *Sociologia*. nº 9. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 65-72.

Salem, B., Nyamathi, A., Philips, L., Mentis, J., Sarkisian, C., & Brecht, L. (2014). Identifying Frailty Among Vulnerable Populations. *ANS Adv Nurs Sci*, 70-81.

Silva, H. S., Lima, Â. M., & Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento Bem-sucedido e Vulnerabilidade em Saúde: Aproximações e Perspectivas. *Comunicação Saúde Educação*, 14, 867-877.

Sousa, E., Pinto, A., Romão, A., Santos, A., Encarnação, R. (2016). Uma realidade (des)conhecida: Perspetiva de enfermagem sobre vulnerabilidade no idoso sem-abrigo. Lisboa: Nursing Edição Portuguesa.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7.ª ed., Loures: Lusodidacta.

The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (2015). Methodology for JBI Scoping Reviews. Austrália: The Joanna Briggs Institute

