http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude
ISSN on-line1984-7513
DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v22i0.68409

EDITORIAL

# VULNERABILIDADES NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA: CONTRIBUIÇÕES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA ENFERMAGEM

Gabriela Tavares Magnabosco*

Em 2023, o Sistema Único de Saúde (SUS) completará trinta e cinco anos desde sua promulgação na Constituição Federal de 1988. Nos muitos balanços empreendidos sobre o sistema, ao longo das suas quase quatro décadas de vigência, são recorrentes as análises que põem lado a lado conquistas e desafios, avanços e entraves, naquilo para que fora concebido: garantir o direito à saúde de toda a população[1]. Embora muito se fale no SUS como um projeto de uma política de Estado, o sistema é, antes, a expressão de um projeto maior, a Reforma Sanitária Brasileira, cuja proposta formou as bases para a elaboração do capítulo da Seguridade Social, no texto constitucional[1], no qual artigo 196 consagrou a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação".

Ali ficara definida uma concepção ampliada de saúde, vinculada à ideia de cidadania, indicando que o direito à saúde ia além do direito a serviços. Por essa ótica, além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos, imprime-se a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou agravos à saúde.

Estabelecendo um resgate histórico do direito à saúde como responsabilidade do Estado, a criação do SUS foi um enorme movimento de inclusão social e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado para com os direitos dos seus cidadãos[2,3]. O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação de políticas voltadas, especificamente, a garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde, o que se constitui, exatamente, no eixo da política de saúde, conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância, reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações[4].

E, para isso, de acordo com o que nos mostram as análises a respeito dessas três décadas e meia de SUS, a garantia na Constituição, conquista valiosa dos brasileiros, foi imprescindível, mas não suficiente.

Por um lado, são inegáveis os avanços alcançados pelo sistema de saúde do país. Desde o delinear de uma consciências anitária até sua tradução em políticas como a Estratégia Saúde da Família, com expansão da Atenção Primária à Saúde; programas como os de Imunizações, Combate ao Tabagismo e HIV; assistência farmacêutica, com distribuição de medicamentos; procedimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos e tratamento do câncer, entre outras iniciativas que resultaram em impacto positivo sobre os indicadores de saúde da população brasileira[1,5].

No entanto, o projeto que o movimento reformista impulsionara apontava para a construção de um novo patamar civilizatório, o que implicaria mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público[1,2,4]. Os avanços concorreram com dificuldades em assegurar condições de redução das desigualdades e garantir justiça social, de modo a alcançar a universalidade do direito à saúde no país.

Sabe-se que a saúde é uma questão social, econômica e política e, acima de tudo, um direito

*Enfermeira. Doutora em Ciências, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá/Paraná. E-mail: gtmagnabosco@uem.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3318-6748.

humano fundamental. E temos consciência que vivemos num dos países mais desiguais de nosso planeta, e que tem promovido historicamente a vulnerabilização de boa parte da população.

A ideia de vulnerabilidade surgiu no campo jurídico como modo de reconhecer situações de fragilidade que atingem certas populações, principalmente no que concerne à não garantia de seus direitos civis, políticos e sociais.

No campo da saúde coletiva, a reflexão em torno do conceito de vulnerabilidade pode promover a renovação das práticas de cuidado, produzindo integralidade e equidade. O reconhecimento da complexidade dos processos de vulnerabilização psicossocial e ambiental das comunidades, grupos e sujeitos, incorporando determinantes macro e micropolíticos, que vão desde o modo de organização social, até as dinâmicas cotidianas e modos de vida singulares, permite o fortalecimento do protagonismo destes, a mobilização de recursos e potencialidades existentes nos territórios[6,7].

O conhecimento e o debate da vulnerabilidade das pessoas permitem a identificação ampliada das necessidades em saúde da população, sabidamente marcada por estigma, exclusão social e medo. Permitem, ainda, compreender aspectos inerentes ao indivíduo e aos contextos que condicionam maior suscetibilidade e morte por determinado agravo, bem como os recursos de que o indivíduo/coletivo dispõe para o seu enfrentamento, não se limitando àqueles de ordem física, clínica e biológica, mas transcendendo para o âmbito econômico e social.

A importância do papel da enfermagem nesta problemática tem sido amplamente difundida. Isso porque a enfermagem torna-se chave no processo de atenção e gestão do cuidado e das práticas em saúde na medida em que reconhece o indivíduo como parte integrante de uma família, de uma comunidade, de um meio ambiente, que influencia em suas condições físicas e psicológicas e que, na maioria das vezes, dita seu comportamento e influência em seus princípios e em sua cultura.

Compreende-se a prática do(a) enfermeiro(a) como prática social, isto é, aquela realizada a partir das necessidades sociais de saúde que sedão em um momento histórico; se constitui e se transforma na dinâmica das relações com outras práticas sociais[8].

Assim, a atuação do(a) enfermeiro(a) vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no SUS, respondendo à proposta do modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura, ou direcionado a extratos específicos e abastados da sociedade, mas sobretudo, na universalidade e integralidade do cuidado[9].

Compete à enfermagem ampliar sua percepção no campo das práticas da saúde coletiva com a finalidade de identificar e criar oportunidades para a proposição de ações conjuntas, de forma integral e integrada, valorizando a efetiva construção do trabalho em equipe, para promover a saúde e enfrentar as barreiras para o atendimento voltado às reais necessidades da população. Temos de compreender que na saúde pública trabalhamos com extratos da população com graus muito diferentes de vulnerabilidade social, portanto, a equidade deve ser a base do trabalho. Temos o dever de pensar em que medida contribuímos, como cidadãos e profissionais da saúde, para a reprodução e até ampliação dessas desigualdades. E sempre perguntar: estamos realmente protegendo a saúde da população ou reproduzindo o modelo de desigualdade? Como garantir que as nossas práticas/narrativas não corroborem com a manutenção de uma sociedade desigual?

Parece que estamos todos mais vulneráveis quando não agimos com planejamento inspirado no conhecimento da realidade. No entanto, os lugares são desigualmente vulneráveis. Há alguns que quase não sofrem consequências. Essa desigualdade traz consigo diferenças nessa vulnerabilidade, que não têm apenas aspectos econômicos e físicos, mas também dimensões ambientais, psicológicas e culturais. Então, neste contexto, como se articulam a universalização da saúde, o direito à saúde e o desenvolvimentopropostos pela Organização das Nações Unidas a partir dos seus objetivos sustentáveis? Quais os impactos dos diferentes modelos de desenvolvimento que tivemos ao longo da história e que demandas eles trouxeram para a saúde coletiva? Como trabalhar e fazer a assistência à saúde de modo a não contribuir para a reprodução das desigualdades ou mesmo para a sua ampliação? Como estruturar sistemas e serviços eficientes e democráticos no contexto do desenvolvimento da nossa região? Como proporcionar direitos às pessoas que estão em situação de vulnerabilidade? Como fazer cumprir os artigos da Constituição que estabelecem acesso universal e igualitário à saúde?

Todas essas perguntas e inquietações exigem uma reflexão profunda, não apenas das práticas sanitárias e de atenção à saúde, mas também da natureza da nossa própria sociedade, nosso estágio de desenvolvimento, nossas características éticas, sociais e econômicas.

Nesse contexto, pensar a atuação do(a) enfermeiro(a) como ator social disparador de mudanças nas práticas sanitárias, potencializando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, exige a viabilização de espaçosque permitam a identificação e discussão das práticas nos diferentes contextos e necessidades da população brasileira[8,9]. Isto porque conhecer os problemas e necessidades de saúde da população, bem como os determinantes sociais do processo saúde e doença é uma competência do(a) enfermeiro(a). E essa competência demanda o conhecimento necessário para estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.

Desenvolver habilidades de escuta, ouvir para que possamos nos disponibilizar a compreender, a considerar e a olhar com carinho e compaixão para o próximo, entendendo que as pessoas são singulares e vivem sob a influência de aspectos ímpares e díspares que as colocam, muitas vezes, em situação de vulnerabilidade e vulnerabilidades acrescidas. Reconhecer que saúde é muito mais do que não estar doente: é ter garantido o direito ao trabalho, à moradia, à alimentação, à educação, ao lazer e aos demais componentes do estado de bem-estar social.

É fundamental ressaltar, ainda, a necessidade de acolhermos as vulnerabilidades e dependênciasmútuas, não para estigmatizar e incapacitar sujeitos e grupos, mas instigar processos de enfrentamento e transformação. Nesse sentido, é apostar na potência da vulnerabilidade, com o intuito de abrir fendas, admitir uma instabilidade que, de alguma forma, viabilize algo inédito, na saúde, na assistência social e nos diversos territórios onde constitua um indicador de iniquidade, injustiça e desigualdade social[7]. Entretanto, essa inclusão e esse olhar não podem ser apenas um discurso que não produza efeitos concretos.

Em vista disso, acredita-se que desde o início a formação do profissional de enfermagem deve estar permeadapelo exercício permanente de reflexões acerca dos problemas que incidem na realidade social sanitária, com vistas ao desenvolvimento das habilidades necessárias para a tomada de decisão no que diz respeito à viabilização do cuidado individual e/ou coletivo na perspectiva da atenção integral à saúde, envolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, para assim superar o enfoque puramente clínico, ampliando e potencializando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, a partir da concepção de um modelo assistencial orientado pela integralidade do cuidado baseada na conjunção da vigilância com a assistência e na colaboração do setor saúde com a cidadania, a assistência social, a justiça e segurança pública entre outros setores[10]. Parte-se da premissa de formar profissionais e fomentar práticas voltadas para o SUS, adequando a formação e atuação em saúde às necessidades e vulnerabilidades da população brasileira.

Sob essa perspectiva, a enfermagem pode, de fato, conferir uma atuação em favor da consolidação do SUS como política pública de Estado e bem-estar social, por meio de profissionais comprometidos com a implementação de um modelo de atenção que favoreça o acesso à cidadania e ao pleno direito da população à saúde universal, integral e equânime.

## REFERÊNCIAS

1. BARDANACHVILI E. Saúde como direito, o papel do Estado e o dispositivo jornalístico: análise comparativa de matérias com ministros da Saúde no jornal 'Folha de São Paulo'. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação 42º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Belém - PA – set/2019.

2. PAIM J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

3.VENTURA, D. F. L. Direito institucional sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 261-299. v. 1.

4. VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

5. CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301- 306, 2007.

6. CECÍLIO L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001.

7. BERTOLOZZI, M. R., NICHIATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P. VAL, L. F. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. Revista Escola Enfermagem da USP, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031.

8. MATUMOTO S, FORTUNA CM, KAWATA LS, MISHIMA SM, PEREIRA MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011[cited 2017 Jun 01];19(1):123-30. Available from: http://dx.doi. org/10.1590/S0104-11692011000100017

9. FERREIRA SRS, PÉRICO LAD, DIAS VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Supl 1):704-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471

10. AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004.