

# Um estudo de caso sobre vulnerabilidade social: reflexões para a promoção da saúde

Lucas França Garcia<sup>1</sup>, Marcelo Picinin Bernuci<sup>2</sup>, Andrea Grano Marques<sup>3</sup>, Sonia Maria Marques Bertolini<sup>4</sup>, Tania Maria Gomes da Silva<sup>5</sup>

## Resumo

A promoção da saúde é um conjunto de estratégias que visam melhorar a qualidade de vida de indivíduos e populações. Como suas estratégias estão baseadas nos determinantes sociais da saúde, é importante identificar as questões de vulnerabilidade social e seu impacto na assistência à saúde. Este é um estudo de caso sobre a percepção da mulher acerca da pobreza como violência e vulnerabilidade social e o seu impacto na saúde. Estudo qualitativo foi realizado, utilizando análise de conteúdo. Os resultados são apresentados em forma narrativa: 1) a pobreza como vulnerabilidade social; 2) pobreza e percepções de violência; 3) pobreza e desfechos de saúde associados. Conclui-se que a pobreza é uma questão central de vulnerabilidade social que pode ser determinante para a vida das mulheres. Assim, é importante considerar as subjetividades relacionadas à violência e à vulnerabilidade social de populações em situação de pobreza no desenho das políticas de promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Vulnerabilidade social. Pobreza. Violência. Política pública.

## Resumen

### Un estudio de caso sobre vulnerabilidad social: reflexiones para la promoción de la salud

La promoción de la salud es un conjunto de estrategias que apuntan a mejorar la calidad de vida de personas y poblaciones. Dado que estas se basan en determinantes sociales de la salud, es importante identificar los problemas de vulnerabilidad para explorar su impacto en la salud. El presente trabajo describe un estudio de caso que muestra la percepción de las mujeres sobre la pobreza como violencia y vulnerabilidad social y su impacto en la salud. Se realizó un estudio cualitativo, basado en el análisis de contenido. Los resultados se presentan en forma narrativa: 1) pobreza como vulnerabilidad social; 2) pobreza y percepciones de violencia; 3) pobreza y efectos en la salud asociados. Señalamos la pobreza como un problema central de vulnerabilidad social que puede ser determinante para la vida de las mujeres. Por lo tanto, en el diseño de políticas de promoción de la salud es importante considerar las subjetividades relacionadas con violencia y vulnerabilidad social en poblaciones que viven en la pobreza.

**Palabras clave:** Promoción de la salud. Vulnerabilidad social. Pobreza. Violencia. Política pública.

## Abstract

### A case study of social vulnerability: thoughts for the promotion of health

Health promotion is a set of strategies that aim to improve the quality of life of individuals and populations. Since these strategies are based on social determinants of health, it is important to identify vulnerability issues in order to explore their impact on health care. The present study describes a case study showing the perception of women on poverty as violence and social vulnerability and the impact of the same on health. A qualitative study was performed, based on content analysis. The results are presented in narrative form and address: 1) poverty as social vulnerability; 2) poverty and perceptions of violence; 3) poverty and associated health outcomes. We found that poverty was a central question of social vulnerability which can be a determinant for women's lives. It is therefore important to consider subjectivities regarding violence and social vulnerability on populations living in poverty when designing health promotion policies.

**Keywords:** Health promotion. Social vulnerability. Poverty. Violence. Public policy.

Aprovação CEP-UniCesumar CAAE 72243617.7.0000.5539

1. **Doutor** lucasfgarcia@gmail.com – Centro Universitário de Maringá (UniCesumar) 2. **Doutor** marcelo.bernuci@unicesumar.edu.br – UniCesumar 3. **Doutora** andrea.marques@unicesumar.edu.br – UniCesumar 4. **Doutora** sonia.bertolini@unicesumar.edu.br – UniCesumar 5. **Doutora** tania.gomes@unicesumar.edu.br – UniCesumar, Maringá/PR, Brasil.

## Correspondência

Lucas França Garcia – Centro Universitário de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Av. Guedner, 1.610, Jardim Aclimação CEP 87050-390. Maringá/PR, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A promoção da saúde consiste em estratégias de produção de saúde no âmbito individual e coletivo, caracterizadas pela articulação e cooperação por meio de um Sistema de Atenção à Saúde<sup>1</sup>. Conforme discutido na 22ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde em Curitiba, em 2016, o fortalecimento da promoção da saúde e a garantia de maior equidade no acesso aos serviços de saúde podem melhorar a qualidade de vida das pessoas. O documento publicado nesta conferência, conhecido como Carta de Curitiba, enfatizou que a equidade é um requisito para a saúde e tem sido um objetivo essencial da promoção da saúde há pelo menos três décadas<sup>2</sup>.

O conceito de promoção da saúde reconhece políticas e tecnologias existentes e busca igualdade e Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos, com processos para reduzir a vulnerabilidade e os riscos derivados dos determinantes sociais da saúde<sup>3</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a QV como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*<sup>4</sup>. Portanto, ao propor políticas de promoção da saúde a análise e o conhecimento das dimensões física, psicológica, social e ambiental do indivíduo são necessários para garantir condições adequadas para a atenção à saúde.

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) apresentou seus Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) como um passo importante para melhorar a saúde da população mundial, reconhecendo que pobreza, saúde e desenvolvimento estão intimamente interligados e devem ser enfrentados em conjunto melhorando a qualidade de vida<sup>5</sup>. Da mesma forma, a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável reconhece o desafio de integrar objetivos econômicos, sociais e ambientais em um plano de ação unificado para as pessoas, o planeta e a prosperidade<sup>6</sup>. Em países em desenvolvimento como o Brasil, esses desafios atualmente ainda maior, já que a persistência da pobreza severa traz consequências ameaçadoras para o desenvolvimento sustentável. Apesar dos esforços dos ODM, como o aumento do investimento em infraestrutura, a perspectiva de alcançar um impacto explícito na redução da pobreza no Brasil ainda permanece utópica e distante<sup>7</sup>.

A pobreza e a violência são definidas como processos de vulnerabilidade ou condições inerentes à vontade individual, deixando os indivíduos expostos à exploração e à coerção. As políticas de saúde, especialmente para a promoção da saúde, são ferramentas importantes para enfrentar a vulnerabilidade<sup>8</sup>.

Para criar políticas públicas efetivas, estudos que busquem obter informações que considerem a subjetividade da relação entre o sujeito, o processo saúde-doença e os determinantes sociais da saúde são essenciais. Assim, este artigo explorou as questões relacionadas à pobreza como forma de vulnerabilidade social e seus impactos na atenção à saúde e a importância da promoção da saúde nas políticas públicas que visam à redução da pobreza.

## Método

Este é um estudo qualitativo-descritivo. Os dados foram coletados por meio de histórias orais. Este método utiliza fontes orais, como entrevistas, para a coleta de depoimentos. Para Portelli<sup>9</sup>, a história oral é primariamente a arte da escuta e baseia-se em conjunto de relações, como o diálogo entre entrevistador e entrevistado; a relação entre o momento em que o diálogo ocorre e o momento lembrado; a relação entre a esfera pública e privada; entre autobiografia e história ou entre história e histórias e, finalmente, a relação entre a fonte oral e a escrita e oral do historiador.

As entrevistas foram conduzidas por um historiador (TG) na casa do entrevistado em setembro e novembro de 2017. Entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas por um historiador (TGS), um sociólogo (LFG) e um psicólogo (AGM). Dois pesquisadores, ambos formados em Ciências Sociais e Humanas (LFG e TG), desenvolveram o modelo de codificação.

A análise de conteúdo temática de Bardin<sup>10</sup> foi usado para analisar os dados. Três etapas de análise de conteúdo foram observadas (pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados). O esquema de codificação foi desenvolvido para permitir que unidades de significado emergissem do texto. Os dados foram analisados com o Nvivo 11 for Windows. Os dados pessoais da entrevistada, tais como cidade de residência e nome real, foram omitidos, a fim de manter a privacidade da participante na pesquisa. Foi usado o nome fictício Eni.

## Resultados

Eni é uma mulher de pele parda de 71 anos que passou por experiências difíceis ao longo da vida por causa da pobreza, do analfabetismo e de seu status como mulher em uma sociedade marcada pelo patriarcado. Ela mora em uma casa simples em um dos bairros mais pobres da cidade. Mãe de sete

filhos, ela tem 19 netos e 5 bisnetos. Ela teve dois relacionamentos de longo prazo em sua vida, ou seja, de coabitação não formalizada, mas teve várias relações com homens durante o período em que, ela não tem medo de admitir, foi prostituta. Enquanto sua vida é menos difícil hoje, houve um tempo em que ela e seus filhos passaram com fome e ela foi forçada a pedir comida.

A vida da Eni foi e ainda é marcada pelo enfrentamento cotidiano de diversos problemas sociais, econômicos e de saúde relacionados aos processos de vulnerabilidade social. Pobreza, violência, a perda de marido, seja por morte ou abandono, a morte de seu filho, a prisão de seus parceiros e filhos, o início do trabalho muito cedo na vida e mudanças de endereço são alguns dos problemas associados à vulnerabilidade social que Eni vem experimentando por toda a sua vida. Hoje mora na região noroeste do Paraná com o filho e a nora e representa uma notável história de resiliência, devido às grandes dificuldades que enfrenta desde muito cedo na vida.

Os principais temas que emergiram do material coletado, identificados por meio da análise de conteúdo temática, foram a pobreza, os resultados de saúde associados à pobreza e às percepções e sobre a violência, com foco especial no gênero e na vulnerabilidade.

### Pobreza como vulnerabilidade social

A pobreza surge como um dos principais temas do discurso de Eni. A falta de comida para ela e seus filhos é uma história constante, embora afirme que sempre se esforçou para garantir que não faltasse comida para seus filhos e netos. Um grande sofrimento acompanhou-a desde tenra idade e durou toda a sua vida na criação de seus filhos, demonstrando a reprodução social da pobreza e das desigualdades sociais. A Eni diz que começou a trabalhar muito cedo, aos 12 anos, em vários tipos de trabalho - trabalho doméstico, serviços gerais, extração de cana, colheita de café. Várias dessas tarefas exigiam muito esforço físico, como trabalhar na extração de cana-de-açúcar e colheita de café. Estes são alguns exemplos importantes para compreender os processos de vulnerabilidade aos quais a Eni foi suscetível ao longo da vida:

*“Sofri, eu sofri muito na minha vida. Sofri, eu sofri, eu passei fome, você entende?” (e2);*

*“E havia pobreza. Eu era muito pobre. Eu mendiguei, não foi suficiente. Nós ganhávamos dinheiro no campo. Eu trabalhei muito no campo, trabalhei*

*com cana de açúcar, com café, trabalhei na colheita de algodão, mas não funcionou. Sofri muito, passei muita fome” (e3);*

*“Comecei a trabalhar quando tinha 12 anos. Eu trabalhei como empregada doméstica, como cuidadora, depois fui trabalhar com o Sr. X. Trabalhei por 3 anos no hospital do Sr. X. Sempre trabalhando. Eu trabalhei com cana de açúcar, trabalhei na Cooperativa. Quando eu não estava na cooperativa eu estava na empresa Y, à noite, sempre trabalhando, agora parei de trabalhar” (e1).*

O sofrimento associado a essa falta de recursos materiais, devido aos baixos rendimentos associados à sua atividade laboral, ou desemprego, também está presente no discurso de Eni. Às vezes, ela descreve o sofrimento psicológico que sofreu quando seus filhos pediram coisas que ela sabia que ela não poderia fornecer, pois ela não tinha meios para atender a essas demandas, um sentimento que também foi identificado como uma forma de violência, como mostrado abaixo:

*“A coisa mais difícil na minha vida foi que eu tive que trabalhar duro, trabalhei como escrava para cuidar das crianças ... isso realmente me machucou (...)” (e1);*

*“Foi a maior tristeza da minha vida ver meus filhos pedirem coisas e não poder dá-las a eles ... Que quando as crianças pedem coisas e que não temos, é sofrimento” (e3).*

### Pobreza e percepções da violência

A percepção da violência é outra questão importante que emerge da análise do discurso de Eni. Embora ela diga que nunca sofreu nenhum tipo de violência, é importante ressaltar que a violência, para Eni, é entendida apenas como aquilo que causa dano físico ao indivíduo. Ela frequentemente cita danos físicos como um exemplo de violência, pois descreveu esse tipo de violência em lugares onde ela morava e trabalhava, e até mesmo dentro de sua família:

*E: “Existe a pessoa que nos bate, né? Um homem que nos maltrata, que nos bate, nos machuca, não, eu nunca [sofri disso]” (e1);*

*TG: “Isso nunca aconteceu com você?” (e1);*

*E: “Não” (e1).*

Embora formas sutis de exploração e coerção social, como a violência simbólica, não tenham

sido reconhecidas por Eni como parte de sua vida, elas estão presentes em seu discurso, mesmo que não sejam citadas como violência. Eni reconheceu a pobreza como violência, na medida em que essa era uma fonte importante de sofrimento para ela. O abandono pelos seus parceiros, por várias razões, a prisão dos seus parceiros e filhos, são outros exemplos de violência simbólica a que Eni foi sujeita todos estes anos.

*“A pobreza pra mim é violência porque nós lutamos, lutamos, lutamos e nunca chegamos lá (...) Sabe? (...) Lutamos, lutamos, nunca alcançamos, é difícil alcançar, sabe?”* (e3);

*“Ele [o parceiro dela] me fez sofrer muito. Ele escondia comida de mim. Eu estou com ele porque eu tenho pena dele, não, mas eu não o amo, eu não o amo. Ele fazia as compras e sabe o que ele fazia? Ele tinha uma caixa e ele escondia comida das crianças naquela caixa”* (e1).

A violência simbólica também aparece quando ela relata um evento importante em sua vida, que foi a tentativa dos Serviços de Assistência à Criança de levar seus filhos e netos embora devido às suas condições sociais. A custódia de seu neto, embora posteriormente revertida, é vista, embora não diretamente, como uma forma de violência simbólica institucional por parte do governo:

*“Eles disseram que nós não podíamos cuidar deles ... Pelo amor de Deus, ela não podia levar meus filhos embora, você sabe, ela disse que minha filha não era capaz de cuidar do seu filho: ‘Melhor desistir dele, você não é capaz de cuidar dele’”* (e1).

### Pobreza e resultados de saúde associados

Essa condição de pobreza, associada a uma história de perdas significativas em sua vida, acabou tendo um impacto direto nos resultados de saúde da Eni. O alcoolismo e a tuberculose são dois importantes problemas de saúde associados à vulnerabilidade. O primeiro aparece no contexto de uma grande perda em sua vida - o momento em que seu primeiro parceiro a abandonou. O diagnóstico de tuberculose ocorreu quando ela trabalhava em um hospital e adoeceu. Após este episódio, ela foi tratada pela instituição e foi diagnosticada, o que ela acredita estar relacionada ao seu alcoolismo e estilo de vida na época. A perda é também uma parte importante do discurso da Eni e parte importante da

compreensão do contexto de vulnerabilidade social em que ela se encontra e do impacto na sua saúde, entendida como um processo biopsicossocial:

*“Ah, foi um choque porque eu o amava tanto [seu primeiro parceiro que a deixou]. A partir desse dia comecei a beber, então a minha vida acabou, comecei a beber”* (e1);

*“Oh, o que mais marcou minha vida foi a morte do meu filho, meu filho... O que mais sofri foi a dor no coração de perdê-lo”* (e1);

*“De beber demais [ela desenvolveu tuberculose], sair para festas. (...) Quando eu tive problemas no pulmão, eu estava trabalhando no Hospital X. Ainda era o Hospital Y. Eles [médicos] me disseram assim: ‘Vou internar você’”* (e1).

O isolamento e o estigma associados à tuberculose também são questões do processo saúde-doença-cuidado relatado por Eni, derivadas desse processo de vulnerabilidade social causado pela pobreza. Ser evitada pelos outros e desprezo são alguns dos sentimentos decorrentes do estigma associado à tuberculose relatados por Eni.

*“Lá eu fui hospitalizada [para tratamento da tuberculose], depois disso eu não ia à casa de ninguém, porque se eu fosse à casa de alguém e bebesse qualquer coisa, eles lavavam o copo, ou jogavam fora”* (e1);

*“Oh, eu me senti aterrorizado, brava ... Oh Senhor, eles estavam se livrando de mim”* (e1).

### Discussão

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é dividida em sete temas prioritários de ação. Um de seus objetivos é *Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde voltadas à equidade, participação e controle social, a fim de reduzir desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando diferenças de classe social, gênero, orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico e racial, cultural, territorial e relacionado a pessoas com deficiência e necessidades especiais*<sup>3</sup>.

Neste contexto, uma das questões prioritárias, a promoção da cultura da paz e dos direitos humanos, tem como uma de suas áreas de atuação a vulnerabilidade e a saúde das mulheres e as questões de gênero. Como podemos ver na história de Eni, a

vulnerabilidade social está claramente presente em suas diferentes formas, como pobreza e violência.

Vulnerabilidade é um conceito com muitos significados do ponto de vista das Ciências Humanas<sup>8,11</sup> e é o tema principal a emergir do discurso de Eni, na medida em que sua vida foi afetada por diversas situações de vulnerabilidade social e psicológica. A vulnerabilidade pode ser definida como dinâmica, uma situação temporária em que o indivíduo está sujeito a coerção ou exploração devido a suas suscetibilidades, ou estática, quando uma condição inerente à vontade do indivíduo as sujeita a exposição permanente a processos de coerção e exploração<sup>8,12</sup>.

Um exemplo do primeiro tipo de vulnerabilidade está relacionado a certos processos de saúde-doença-cuidado, quando o indivíduo sofre a privação temporária de sua capacidade de decisão. Um exemplo de vulnerabilidade estática é a deficiência, pois é uma condição inerente à vontade humana, que deixa o indivíduo suscetível a processos de exploração e coerção social<sup>8,12</sup>. No entanto, existem certas situações e condições que podem ser enquadradas em ambos os tipos de vulnerabilidade<sup>13</sup>, como a pobreza e a violência, ambas presentes no discurso da Eni de maneira altamente explícita.

A vulnerabilidade é um ponto importante na história de vida da Eni e tem sido frequentemente discutida nas últimas décadas, seja no campo acadêmico, seja por conselhos de gestão e implementadores de políticas sociais. Não é, portanto, exatamente um termo novo, já utilizado na área jurídica, no qual está associado à defesa dos direitos humanos, bem como em um contexto ambiental, em relação às características físicas e bióticas do meio ambiente. No entanto, nas duas últimas décadas assistimos ao fortalecimento do conceito de vulnerabilidade, complementando as expressões já consolidadas.

Na esfera econômica, devido à exaustão dos paradigmas marxistas, a vulnerabilidade se sobrepõe à expressão “pobreza”, que se refere especificamente à ausência de recursos materiais, incluindo aqueles excluídos do direito à cidadania<sup>14</sup>. Em outras palavras, a vulnerabilidade se torna mais ampla quando entendida do ponto de vista social. Na área da saúde, surgiu em associação com a epidemia de AIDS, na década de 1990, com homossexuais masculinos compondo o chamado grupo vulnerável à doença e, de certa forma, se colocando como alternativa ao conceito de risco, mais próximo da área epidemiológica<sup>15</sup>.

Embora a vulnerabilidade não deva ser relacionada apenas à classe social, como exigem novos estudos, sabe-se que a população de menor renda compõe o grupo mais frágil<sup>16</sup>. Estudos na América Latina destacam que as mulheres representam o segmento mais vulnerável da população, destacando o fenômeno conhecido como a feminização da pobreza<sup>14</sup>. No entanto, esta análise apresenta complexidades, como Costa e Marguti<sup>17</sup> mostraram, com base em indicadores brasileiros entre 1983 e 2003, não há evidências de nenhum tipo de padrão que justifique a feminização da pobreza. Há evidências de fragilidade nas estruturas familiares sem compartimentalização específica por gênero. No Brasil, a questão da vulnerabilidade imposta pela pobreza, portanto, tem raízes em sua formação socioeconômica e econômica, afetando homens e mulheres sem distinção de gênero<sup>18</sup>. Também na área da saúde, os homens exibem condições piores do que as mulheres; como demonstrado pelas menores taxas de sobrevivência do gênero masculino<sup>19</sup>. É importante notar que a maior mortalidade em homens, especialmente na faixa etária de 20 a 25 anos, pode ser explicada pelas taxas de violência estrutural no Brasil, como o tráfico de drogas, acidentes de trânsito e outras<sup>20</sup>. Deve-se admitir, no entanto, que gênero, classe e raça ou etnia compõem atualmente a estrutura crítica das teorias bioéticas para a compreensão de todas as formas de opressão e vulnerabilidade dos indivíduos<sup>20</sup>. Desta forma, a promoção da saúde, o alívio da pobreza e os avanços no desenvolvimento econômico só ocorrerão quando as mulheres forem vistas como totalmente humanas e igualmente valorizadas como pessoas e na saúde<sup>21</sup>.

A história da Eni, embora altamente individual, é a história de muitos brasileiros e pessoas que vivem em países em desenvolvimento. De acordo com um relatório do Banco Mundial, após um período em que a pobreza foi expressivamente reduzida entre 2004 e 2014, existe atualmente uma tendência de aumento da pobreza no Brasil. De acordo com este relatório, estima-se um aumento entre 2,5 e 3,6 milhões de pessoas que vivem na pobreza. O relatório ainda destaca que o aumento da pobreza entre 2015 e 2016 varia nas áreas urbanas e rurais, com diferentes dinâmicas em cada um dos cenários<sup>22</sup>.

As políticas de austeridade econômica foram identificadas como uma das principais causas da tendência atual de aumento da pobreza<sup>23,24</sup>. É importante ressaltar que o critério de pobreza do Banco Mundial se baseia em um ponto de corte quantitativo, que não considera outros aspectos sociais,

como a presença de violência, a falta de saneamento básico e outros aspectos importantes do desenvolvimento social e humano.

Essa dinâmica da pobreza derivada dos processos de urbanização e do êxodo rural no Brasil foi estudada por Milton Santos. Ele afirma que os processos de globalização aceleraram o processo de urbanização sem a racionalidade associada a esse processo<sup>25,26</sup>. O resultado dessa urbanização “não planejada” é que muitas pessoas e famílias que anteriormente viviam em centros rurais foram forçadas a se deslocar para regiões urbanas com menos recursos materiais e simbólicos, a maioria em situações de pobreza<sup>25-28</sup>.

Outro aspecto importante da pobreza como vulnerabilidade social é a questão da violência, especialmente contra as mulheres, em suas diferentes formas, do físico ao psicológico. Segundo o último “Mapa da Violência”, publicado em 2015, os tipos de violência mais frequentes sofridos pelas mulheres são violência física, psicológica, sexual e negligência/abandono, respectivamente, sendo as mulheres idosas o grupo mais vulnerável<sup>29</sup>. Um aspecto importante da violência contra as mulheres, especialmente no que diz respeito ao discurso de Eni, é o que Pierre Bourdieu<sup>30</sup> chama de *violência simbólica*.

Violência simbólica é aquela que gera dano no indivíduo, sem, necessariamente, a presença de coerção física associada<sup>30</sup>. Violência moral, psicológica, institucional, são exemplos disso e estão presentes no discurso de Eni e, de certa forma, também fazem parte dos tipos de violência presentes nos ciclos de reprodução das desigualdades sociais<sup>31</sup>, que devem ser objeto de políticas públicas de redução da pobreza e da violência. Os danos morais e psicológicos causados ou resultantes dos insultos de um parceiro ou das ações dos aparatos estatais, considerados legais (do ponto de vista da legitimidade legal) como a ameaça, direta ou indireta, de retirar a custódia dos filhos, são exemplos importantes de violência simbólica, psicológica e institucional. Negligência ou abandono, como indicado pelo

“Mapa da Violência”, bem como a ameaça direta ou indireta de retirar a custódia de filhos e netos são alguns dos exemplos de violência simbólica presentes no discurso de Eni.

A relação entre as vulnerabilidades sociais, especialmente a pobreza, e os resultados de saúde constitui um problema importante de saúde pública. Diversos estudos têm mostrado que pessoas que vivem em situação de pobreza e violência apresentam problemas importantes de saúde, como desenvolvimento cerebral atípico, levando a problemas cognitivos que têm impacto direto nos processos de aprendizagem<sup>32</sup>, alta ocorrência de problemas de saúde mental, três vezes maior nas pessoas que vivem na linha da pobreza do que nas pessoas com rendimentos baixos<sup>33</sup>; infecções e DSTs<sup>34</sup>, e doenças crônicas<sup>35</sup>. O fato de a Eni ter vivido constantemente em condições de vulnerabilidade social a expôs a diferentes desfechos de saúde. Alcoolismo, tuberculose e problemas crônicos de saúde, como a hipertensão, são exemplos dos resultados clínicos que podem estar relacionados à vulnerabilidade social em que a Eni viveu.

### Considerações finais

A história de Eni revela a importância de considerar a pobreza como uma das principais formas de vulnerabilidade em países em desenvolvimento como o Brasil. Podemos concluir, portanto, que é necessário criar políticas públicas mais efetivas de combate à pobreza e à violência, que considerem as condições subjetivas das pessoas, sua intersubjetividade, suas condições materiais e simbólicas e o meio em que vivem. A valorização da subjetividade e a relação entre o sujeito, o processo saúde-doença e os determinantes sociais da saúde são aspectos importantes a serem considerados na criação de políticas públicas de promoção da saúde voltadas para a redução da pobreza e violência e a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas que vivem em situações de vulnerabilidade.

*Somos gratos pela bolsa de pesquisa do Instituto Ictei/UniCesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação e pelo Programa Nacional de Pós-Doutorado da Capes (PNPD).*

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/22uqOY4>
2. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Carta de Curitiba sobre promoção da saúde e equidade [Internet]. 23 ago 2016 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Z1pgZa>

3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2wGfLR3>
4. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 [acesso 8 dez 2017];41(10):1403-9. p. 1405. Disponível: <https://bit.ly/2YYRowd>
5. United Nations. United Nations millennium development goals [Internet]. New York: United Nations; 2000 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1a1Rery>
6. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2015 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/33yxWKf>
7. Marinho E, Campelo G, França J, Araujo J. Impact of infrastructure expenses in strategic sectors for Brazilian poverty. *Economia* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];18(2):244-59. Disponível: <https://bit.ly/2YMHna3>
8. Ten Have H. Vulnerability: challenging bioethics. New York: Routledge; 2016.
9. Portelli A. História oral como arte da escuta. São Paulo: Letra e Voz; 2016.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Kottow MH. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics* [Internet]. 2003 [acesso 8 dez 2017];17(5-6):460-71. Disponível: <https://bit.ly/2TErRqF>
12. Hawkins JS, Emanuel EJ, editores. Exploitation and developing countries: the ethics of clinical research [Internet]. New Jersey: Princeton University Press; 2008 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/301VhV>
13. Bajotto AP, França Garcia L, Goldim JR. What is vulnerability? A qualitative study about the perception of vulnerability in adults and older adults. *J Clin Res Bioeth* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];8(2):1000299. Disponível: <https://bit.ly/31B5oxO>
14. Monteiro SRRP. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Soc Debate* [Internet]. 2011 [acesso 8 dez 2017];17(2):29-40. Disponível: <https://bit.ly/33vtV9f>
15. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso 8 dez 2017];19(53):237-49. Disponível: <https://bit.ly/2Z22SD9>
16. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 [acesso 8 dez 2017];17(4):949-56. Disponível: <https://bit.ly/2ctX1j7>
17. Costa MA, Marguti BO, editores. Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2015 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2ZZrMjT>
18. Silva MOS. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Rev Katálysis* [Internet]. 2010 [acesso 8 dez 2017];13(2):155-63. Disponível: <https://bit.ly/2TuhPZw>
19. Bidinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. Men's health: non-communicable chronic diseases and social vulnerability. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 8 dez 2017];24:e2756. Disponível: <https://bit.ly/2K0cbgl>
20. Diniz D, Guilhem D. Feminismo, bioética e vulnerabilidade. *Estud Fem* [Internet]. 2000 [acesso 8 dez 2017];8(1):237-44. Disponível: <https://bit.ly/2yVeEjV>
21. Thompson JE. Poverty, development and women: why should we care? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2007 [acesso 8 dez 2017];36(6):523-30. Disponível: <https://bit.ly/2N2eeQZ>
22. Skoufias E, Nakamura S, Gukovas RM. Salvaguardas contra a reversão dos ganhos sociais durante a crise econômica no Brasil [Internet]. Washington: World Bank Group; 2017 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2NDeCIV>
23. Garcia LP. A economia desumana: porque mata a austeridade [resenha]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 8 dez 2017];32(11):e00151116. Disponível: <https://bit.ly/30cGV1H>
24. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *Lancet* [Internet]. 2016 [acesso 8 dez 2017];388(10047):867-8. Disponível: <https://bit.ly/2N01nyX>
25. Santos M. A urbanização desigual: a especificidade do fenômeno urbano em países subdesenvolvidos. Petrópolis: Vozes; 1980.
26. Santos M. A pobreza humana. São Paulo: Hucitec; 1979.
27. Hunter P. More science in urban development. *EMBO Rep* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];18(2):201-4. Disponível: <https://bit.ly/31zVU5P>
28. Liddle B. Urbanization and inequality/poverty. *Urban Sci* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];1(4):35. Disponível: <https://bit.ly/2Z4T86U>
29. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. Brasília: Flacso Brasil; 2015 [acesso 8 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Lixlmb>
30. Bourdieu P. O poder simbólico. São Paulo: Difel; 1989.
31. Bourdieu P, Passeron JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Petrópolis: Vozes; 2008.
32. Hair NL, Hanson JL, Wolfe BL, Pollak SD. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *Jama Pediatr* [Internet]. 2015 [acesso 8 dez 2017];169(9):822-9. Disponível: <https://bit.ly/2Z4TwCo>
33. Hudson CG. Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2005 [acesso 8 dez 2017];75(1):3-18. Disponível: <https://bit.ly/2Mnpx79>

34. Mena L, Crosby RA, Geter A. A novel measure of poverty and its association with elevated sexual risk behavior among young Black MSM. *Int J STD Aids* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];28(6):602-7. Disponível: <https://bit.ly/2Mh2Zor>
35. Tung EL, Cagney KA, Peek ME, Chin MH. Spatial context and health inequity: reconfiguring race, place, and poverty. *J Urban Health* [Internet]. 2017 [acesso 8 dez 2017];94(6):757-63. Disponível: <https://bit.ly/2TsxRTJ>

#### Participação dos autores

Todos os autores contribuíram para o planejamento do trabalho, da análise de dados, da escrita do texto e da revisão crítica do manuscrito.

---

Lucas França Garcia

 0000-0002-5815-6150

Marcelo Picinin Bernuci

 0000-0003-2201-5978

Andrea Grano Marques

 0000-0001-6863-4809

Sonia Maria Marques Bertolini

 0000-0001-6587-5041

Tania Maria Gomes da Silva

 0000-0002-5495-9968

---



Recebido: 25.5.2018

Revisado: 18.3.2019

Aprovado: 20.3.2019

## Anexo

### Entrevista semiestruturada

- a) Qual o seu nome completo?
- b) Quantos anos você tem?
- c) Qual a sua escolaridade?
- d) Qual é a sua renda familiar? Quanto você está ganhando hoje? Você recebe aposentadoria?
- e) Você teve quantos filhos? Netos? Tem algum bisneto? O relacionamento com seus filhos sempre foi bom?
- f) Eu gostaria que você me falasse da sua vida, o que você se lembra, o que foi mais importante, o que mais te marcou. Pode falar livremente.
- g) Vamos voltar um pouco, quer dizer, um pouco não, vamos voltar à sua infância. O que você lembra de sua infância?
- h) Com quantos anos você começou a trabalhar? Onde você trabalhava?
- i) Com quantos anos você se casou? Como foi que o relacionamento terminou? Como é a vida de vocês? Como é o seu relacionamento com ele? Vamos falar de seu relacionamento com esse primeiro companheiro. Ele era bom para você?
- j) Hoje como é sua saúde? Toma remédio? Para quê?
- k) Em relação à violência dos homens contra você? Se fosse para você falar qual a pior violência que você sofreu na vida, quem você diria que fez essa violência contra você? O que você acha que é a violência?
- l) Você sabe o que é machismo? Você acha que teve homens machistas na sua vida? Conhece muitos homens machistas?
- m) Então, para você, homens violentos são homens que batem em mulher?
- n) Você gostaria de acrescentar algum momento da sua vida ou alguma outra coisa que não conversamos durante essas entrevistas?