

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Gadelha

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Maria do Carmo Leal

EDITORIA FIOCRUZ

Diretora

Maria do Carmo Leal

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Nísia Trindade Lima e Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Ana Lúcia Teles Rabello

Armando de Oliveira Schubach

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Gilberto Hochman

Joseli Lannes Vieira

Lígia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

**Promoção
da Saúde**
conceitos, reflexões, tendências

Dina Czeresnia
Carlos Machado de Freitas
organizadores

2ª edição revista e ampliada



Copyright © 2009 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/EDITORA

ISBN: 978-85-7541-183-4

1ª edição: 2003 (reimpressões em 2003, 2004, 2005 e 2008)
2ª edição: 2009

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica
Guilherme Ashton

Imagem da capa produzida a partir do quadro *Troncos II*, de Sandra Felzen. Nossos agradecimentos à artista pela cessão de direitos de uso da imagem para elaboração da capa.

Preparação de originais, copidesque e revisão (1ª edição)
Janaina S. Silva e Maria Cecília G. B. Moreira

Revisão e copidesque (2ª edição)
Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Normalização de referências (2ª edição)
Clarissa Bravo

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

C998p Czeresnia, Dina (org.)
Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2.ed. rev. e amp. / organizado por Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas. – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.
229 p.

1. Promoção da Saúde. 2. Vigilância da População. 3. Planejamento Estratégico. 4. Formação de Conceito. 5. Saúde Pública. I. Freitas, Carlos Machado (org.). II. Título.

CDD - 20.ed. – 613

2009
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 - 1º andar - sala 112 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9007
Telefax: (21) 3882-9006
www.fiocruz.br/editora
editora@fiocruz.br

Carlos Machado de Freitas (Organizador)

Graduado em história pela Universidade Federal Fluminense (UFF), mestre em engenharia de produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e pós-doutor em ciências ambientais (Procam-UFPA). Professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz)

Dina Czeresnia (Organizadora)

Graduada em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFFRJ), mestre em medicina social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz)

Elizabeth Artmann

Graduada em serviço social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz)

Fatima Pivetta

Graduada em química pela Universidade Federal de Santa Maria (RS) e mestre em química analítica inorgânica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Tecnologista sênior da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e membro da comissão de coordenação do Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM)

Francisco Javier Uribe Rivera

Graduado em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre em medicina social pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-Uerj) e doutor em saúde pública pela Escola Nacional

O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios

*José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres,
Ivan França Júnior, Gabriela Junqueira Calazans e
Haraldo César Saletti Filho*

Introdução

Para alguns não é mais novidade. Para outros também não é exatamente novo, embora ainda não esteja totalmente compreendido. Para muitos, porém, é apenas uma remota referência, quando não um total desconhecido. De fato, parcela expressiva dos profissionais da saúde não está familiarizada com o conceito de 'vulnerabilidade', apesar de ele já estar em uso desde a década de 1990.¹

Não é de espantar. Um decênio é um período relativamente curto na vida de um conceito. No entanto, nesses breves dez anos, a vitalidade que demonstrou no campo das respostas à epidemia de HIV/Aids, de onde surgiu, sugere estarmos diante de uma contribuição relevante para as propostas de renovação das práticas de saúde, de modo geral, e da prevenção e da promoção da saúde, em particular.

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. Não há razões para supormos que esse desempenho não possa repetir-se em outras frentes do trabalho em saúde. Ao contrário, somos mesmo da opinião que uma das razões do sucesso que o conceito de vulnerabilidade alcançou no campo da Aids deve-se justamente ao fato de se ter percebido que a epidemia respondia a determinantes cujos alcances iam bem além da ação patogênica de um agente viral específico.

O conceito de vulnerabilidade 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

¹ Não confundir com o conceito de vulnerabilidade divulgado durante a década de 1960 valendo-se da técnica de planejamento chamada Cendes/OPS, em que vulnerabilidade (da doença à intervenção e não das pessoas à doença), magnitude e transcendência configuravam a tríade básica sobre a qual se assentava o hoje chamado planejamento normativo.

orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Por isso a proposta da vulnerabilidade é interessante; por isso ela é aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública - claro que com graus de interesse diversos.

O objetivo deste capítulo é, portanto, duplo. De um lado, buscaremos divulgar mais amplamente para a comunidade técnica, acadêmica e política da saúde coletiva as origens e os fundamentos, epistemológicos e práticos, da vulnerabilidade como quadro conceitual. De outro, procuraremos sustentar a tese de que a vulnerabilidade representa uma novidade importante no campo da saúde pública e demonstrar para quais direções essa renovação aponta.

O que apresentaremos aqui é a síntese de uma série de reflexões de um programa de investigação que viemos desenvolvendo desde meados dos anos 90.² Começaremos por uma breve recuperação do desenvolvimento histórico do conceito de vulnerabilidade, por julgarmos que só assim podemos compreender mais claramente o que o projeto de conhecimento e intervenção representa; depois, trataremos de examinar que interesses e limitações este conceito apresenta, contrastando-o a outros construtos conceituais em operação no campo da prevenção da Aids e da saúde de modo geral, especialmente o conceito de risco; por fim, buscaremos apontar as perspectivas do uso do conceito, que desafios nos coloca e como vislumbramos - desde onde podemos enxergar a questão hoje - possibilidades de superação desses limites.

O Nascimento de um Conceito

Originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (Alves, 1994). A expressão penetra mais amplamente o campo da saúde a partir da publicação nos Estados Unidos, em 1992, do livro *Aids in the World*, parcialmente reeditado no Brasil em 1993 (Mann, Tarantola & Netter, 1993). Com efeito, o conceito de vulnerabilidade, especificamente aplicado à saúde, pode ser considerado o resultado do processo de progressivas interseções entre o ativismo diante da epidemia da Aids e o movimento dos Direitos Humanos, especialmente nos países do norte. Tal interseção leva a vulnerabilidade a deslizar para o discurso da saúde pública e a ganhar aí as feições particulares que vamos discutir.

É desde a Escola de Saúde Pública de Harvard que se difunde mais amplamente a discussão da vulnerabilidade, por meio da proposta de um diagnóstico das tendências mundiais da pandemia no início dos anos 90 com base no conceito e, mais recentemente, aproximando-o da discussão dos Direitos Humanos (Mann *et al.*, 1994; Mann & Tarantola, 1996). Contudo, hoje, em torno da vulnerabilidade aglutina-se uma gama já bastante ampla e diversificada de proposições, algumas até divergentes em termos político-ideológicos e teórico-filosóficos. O que todas têm em comum é o interesse pela ampliação de horizontes que a vulnerabilidade imprime aos estudos, ações e políticas na direção do controle da epidemia. Como nos diz Parker (1996: 5):

Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/Aids no início dos anos 90 tenha sido o esforço de superar essa contradição (entre 'grupos de risco' e 'população geral') pela passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nossa compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço.

A resposta que a vulnerabilidade vem tentando dar à necessidade de avançar para além da tradicional abordagem das estratégias de redução de risco pode ser entendida no âmbito das diferentes etapas históricas de experiência com a epidemia e suas correspondentes formas de resposta científica, técnica e política. Sabemos como o conceito epidemiológico de risco vem ocupando um papel nuclear nessas respostas e como as diversas categorias, que com base nele foram plasmadas, como grupo de risco e comportamento de risco, tornaram-se o centro de importantes contradições e conflitos (Kalichman, 1993; Ayres, 1994; Camargo Jr., 1994; Castiel, 1996). Façamos, então, uma breve recuperação, já explorada mais detalhadamente em outro texto (Ayres *et al.*, 1999), de como se caminhou do risco à vulnerabilidade, tomando como base uma periodização elaborada por Mann & Tarantola (1996).

Período da descoberta: 1981 - 1984

Este período corresponde aos primeiros contatos com a nova entidade clínica que veio chamar a atenção dos serviços de assistência e, especialmente, dos centros de investigação epidemiológica, com as primeiras notificações nos EUA e na França. O uso do instrumental epidemiológico mostrou ter uma importância fundamental diante da epidemia emergente, dando-se logo início a uma série de estudos que passaram a buscar ativamente os fatores de risco associados à nova doença.

Ocorre que os fatores de risco utilizados para os primeiros estudos epidemiológicos experimentaram um deslocamento discursivo de implicações práticas extremamente relevantes. De categorias analíticas instrutoras do raciocínio causal (Ayres, 1997), o fator de risco transmutou-se no conceito operativo de grupo de risco. Esse deslocamento não se deu apenas no campo da Aids, porém aqui assumiu um caráter inaudito.

² "Identidade sociocultural e saúde na adolescência: auto-representação e vulnerabilidade ao HIV/Aids entre meninas e meninos da periferia de São Paulo", projeto financiado pela MacArthur Foundation - Chicago, EUA - de 1995 a 1998.

A noção de grupo de risco difundiu-se amplamente, especialmente por meio da grande mídia, e agora não mais como categoria analítica abstrata, mas como verdadeira categoria 'ontológica', como uma identidade concreta. Os chamados grupos de risco tornaram-se a base das poucas e toscas estratégias de prevenção preconizadas pelas políticas de saúde na época, mostrando-se tão equivocadas e ineficazes, do ponto de vista epidemiológico, quanto incitantes de profundos preconceitos e iniquidades. Os chamados quatro Hs (*homossexuals, hemophiliacs, haitians e heroin-addicts*) passaram a ser, nos Estados Unidos, os primeiros alvos das estratégias de prevenção e a sofrer seus 'efeitos adversos'.

A prevenção gravitou, nessa época, predominantemente em torno dos grupos de risco e do tema da abstinência e do isolamento: os 'pertencentes' a esses grupos não deveriam ter relações sexuais, doar sangue, usar drogas injetáveis. Os resultados práticos dessas estratégias são já bastante conhecidos: além de êxitos técnicos muito restritos, produziram em grande escala estigma e preconceito.

O isolamento laboratorial do HIV por Montaigner e Gallo pode ser considerado um marco final desta etapa, tanto pelas novas possibilidades tecnológicas, que então se abriram, quanto porque, à época da descoberta, o fenômeno epidêmico e seu impacto social já eram, quantitativa e qualitativamente, diversos o bastante para caracterizar uma nova fase da experiência com a epidemia.

Período das primeiras respostas: 1985 - 1988

Nesse período, já se estava claramente diante do caráter pandêmico da Aids. A epidemia não respeitava mais limites geográficos, sexo ou orientação sexual. O caráter transmissível já estava bem delimitado e seu agente etiológico isolado, com todas as implicações deste fato para as práticas de saúde pública: detecção de portadores sãos, diagnóstico precoce de doentes, possibilidade de *screenings*, monitoragem de clínicas sentinelas, investimentos no desenvolvimento de vacinas, desenvolvimento de drogas para tratamentos específicos.

O conceito de grupo de risco entra em franco processo de crítica. De um lado, pela inadequação que a própria dinâmica da epidemia demonstrava; de outro, pelos severos ataques que recebeu dos grupos mais atingidos pela estigmatização e exclusão que carregava consigo, especialmente do organizado movimento *gay* norte-americano (Crimp, 1988). As estratégias de abstinência/isolamento cederam lugar, assim, às chamadas estratégias de redução de risco, baseadas na difusão de informação, controle dos bancos de sangue, estímulo e adestramento para o uso de *condom* e outras práticas de 'sexo mais seguro', testagem e aconselhamento e, finalmente, estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a polêmica introdução das práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas (Bastos, 1996; Fernandez, 1997).

O conceito-chave aqui, também em estreita relação com o saber epidemiológico, passa a ser o de comportamento de risco. A superioridade desse novo conceito em relação ao seu predecessor é evidente. Ele tende a retirar o peso do estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada, universaliza a preocupação com o problema e estimula um ativo envolvimento individual com a prevenção. Mas, o comportamento de risco também mostrou limites importantes como elemento norteador de estratégias de conhecimento e intervenção na Aids. A tendência à culpabilização individual é a sua outra face: quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena, a conseqüência inevitável é que se atribua à displicência pessoal, para dizer o mínimo, a eventual falha na prevenção.

Mais uma vez, é da interseção com o movimento social organizado, de sua experiência, reflexão e militância que se levantam algumas das mais expressivas vozes a criticar esse conceito. O movimento pelos direitos das mulheres, especialmente, traz, com a noção de *empowerment*, (Batliwala, 1994; Heyzer, 1996) uma perspectiva crítica positiva para os modelos que embasam os conceitos e práticas ligados ao comportamento de risco.

A discussão do *empowerment*, termo para o qual não temos tradução adequada, mas que poderia se aproximar de algo como 'empoderamento', deixa claro que a mudança para um comportamento protetor na prevenção da Aids não é a resultante necessária de 'informação + vontade', mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias (Gupta, 1996).

Além das críticas que vieram de dentro e fora do meio técnico e acadêmico, a experiência que foi sendo acumulada com a implementação de programas de prevenção de base comportamental fortalecia a percepção dos limites dessas estratégias. Ao relativo insucesso demonstrado pelas avaliações desses programas somou-se a explosão da epidemia rumo aos setores socialmente mais enfraquecidos - os mais pobres, as mulheres, os negros, os jovens (Grangeiro, 1994; Kalichman, 1994; Buchalla, 1995). O conjunto desses aspectos marca a passagem a uma nova fase de resposta à epidemia, iniciada no fim dos anos 1980.

Período atual: 1989 aos dias atuais

Nesse último período, a experiência da epidemia atinge suas feições atuais. A Aids é uma realidade mundial, alcançando de modo explosivo o continente africano e asiático. Ao mesmo tempo que se espalha geograficamente, a epidemia reitera sua tendência à pauperização, difundindo-se mais rapidamente nos países pobres e nas periferias e bairros pobres das grandes cidades, mesmo entre as nações ricas.

Com os avanços tecnológicos do período e as possibilidades abertas pelo isolamento do agente viral, progrediriam rapidamente os recursos diagnósticos, prognósticos

e terapêuticos, embora as pesquisas no campo profilático encontrem ainda limites importantes.

No campo da diagnose e prognose, a grande estrela é a técnica de contagem de carga viral, que atinge alta sensibilidade e um grande poder preditivo da suscetibilidade orgânica ao adoecimento entre os infectados, somando elementos à avaliação via contagem de linfócitos CD4, recurso mais utilizado até então. No campo da terapêutica, a grande novidade é o chamado 'coquetel' e a combinação de anti-retrovirais com diferentes mecanismos de intervenção sobre o ciclo de multiplicação do HIV, que, embora de uso ainda recente, já apresenta impactos sobre a taxa de ocupação de leitos de Aids nos hospitais e sobre a mortalidade dos doentes, com grande repercussão na mídia. Ambos, entretanto, têm um custo financeiro altíssimo, tornando-se menos acessíveis justamente para os mais suscetíveis à infecção e ao adoecimento, exceto em contextos em que a resposta programática incorpora e responde a essa necessidade.

Esses sucessos obtidos na perspectiva clínica não corresponderam, como era de se esperar, a um efetivo controle da epidemia, que, ao contrário, continua em expansão, especialmente nos países e segmentos sociais mais pobres (Unaid, 2000), o que, por sua vez, traz consigo o problema de sua 'banalização' (Kalichman, 1994), isto é, da convivência complacente com o problema por parte dos segmentos mais poderosos, do arrefecimento da reação social e do correspondente descaso dos formuladores e financiadores de políticas. É nesse momento que passam a ganhar mais espaço as proposições que vinham defendendo estratégias de prevenção não restritas à redução individual de riscos, mas apontavam para outras, de alcance social ou estrutural. Entre estas, destaca-se a importância fundamental da ação das organizações não-governamentais, que, como a própria história da epidemia foi demonstrando, são agentes privilegiados das mudanças estruturais necessárias para que os recursos disponíveis para o controle da infecção e da doença sejam justa e efetivamente explorados e distribuídos (Altman, 1995; Galvão, 2000).

Se David Ho e o 'coquetel' de medicamentos foram a grande estrela na cobertura jornalística da Conferência Internacional de Aids de Vancouver, essa espécie de balanço da experiência dos anos 90, não será excesso de otimismo dizer que os acúmulos nesse campo também não foram pouco importantes, nem menos estimulantes suas conclusões:

Uma outra mensagem ainda que se fez ouvir clara e forte foi que programas com abordagens não restritas ao HIV são cada vez mais sustentáveis. Uma atenção muito mais vigorosa aos fatores estruturais relacionados à vulnerabilidade e ao impacto do HIV foi evidenciada nas apresentações sobre 'empowerment' de comunidades, como populações indígenas, gays, usuários de drogas injetáveis, trabalhadoras do sexo e mulheres. (Mane, 1996: 4)

Vulnerabilidade é o termo-chave no citado relatório. Toda vez que aí se buscou relatar ou propor aproximações teóricas ou intervenções não restritas ao HIV, ao

risco, ao comportamento individual, às abordagens biomédicas, foi 'vulnerabilidade' o termo preferencialmente escolhido. Também Mann e Tarantola, no texto de 1996, deixam clara sua posição de que o período atual é marcado, no campo da prevenção, pela emergência desse novo conceito.

É nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade se desenvolve. Ele pode ser resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Por isso, as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados:

- Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação de 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 metabolizá-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, incorporados 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.

Note-se que as análises de vulnerabilidade não prescindem das análises epidemiológicas de risco. Estabelecer associações probabilísticas da distribuição populacional da infecção entre diferentes condições objetivas, mensuráveis, tais como sexo, idade, profissão, práticas sexuais etc., seguirá sendo sempre uma importante fonte de informações e hipóteses. Contudo, se essas variáveis não são interpretadas quanto à variabilidade e à dinâmica de seus significados sociais

concretos, e se o risco aferido passa de uma categoria analítica abstrata ao desenho de práticas de intervenção sem as necessárias mediações, então não só ele se mostra insuficiente como, freqüentemente, prejudicial. As análises de associação probabilística precisam comparar variáveis o mais possível independentes entre si; já as categorias de intervenção, ao contrário, precisam incorporar da forma mais exaustiva possível suas mútuas interferências, a resultante conjunta dos diversos fatores envolvidos. É aqui que a vulnerabilidade quer contribuir.

O Enfoque da Vulnerabilidade: um exemplo

Para tentar tornar mais clara a particularidade do enfoque relacionado à perspectiva da vulnerabilidade na apreensão das tendências e determinantes da epidemia de HIV, vamos reproduzir aqui o relato, também já discutido em outra oportunidade (Ayres, 1998), de um impressionante depoimento pessoal colhido como parte de nossas investigações sobre as relações entre Aids e adolescência sob a perspectiva da vulnerabilidade.

Trata-se do depoimento pessoal de uma jovem de 14 anos, paciente do Programa de Pré-Natal do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, da Universidade de São Paulo, unidade básica que atende a populações de baixa renda da periferia oeste da cidade de São Paulo. Quando fala sobre as condições nas quais engravidou, Joyce (nome fictício, assim como o de seu namorado) expõe um conjunto de condições que a tornam, e a muitos outros jovens vivendo em condições semelhantes, extremamente exposta à infecção pelo HIV.

Fim de tarde de um dia quente de início de dezembro numa favela da periferia oeste da cidade de São Paulo. Joyce, 14 anos, está debruçada na divisória de madeira que separa o barraco onde mora da ruela de barro que desce até a movimentada avenida de asfalto. No barraco de um cômodo, dentre os poucos móveis velhos, destaca-se a imagem sorridente de seu irmão mais novo, Pedro, fatalmente atropelado na avenida vizinha. Do lado contrário do cômodo, a presença (triste? frágil? ameaçadora?) do padrasto, bêbado, deitado no chão feito do mesmo barro da rua, entretido em dizer-se coisas sem sentido.

Joyce está de costas para sua casa, de frente para a rua, separada dela pelo muro improvisado com tábuas. De um lado, meio de longe, vê o prédio pichado da escola pública que chegou a freqüentar por algum tempo. De outro, mais distante, o horizonte recortado de prédios, onde, em algum lugar, estará sua mãe cuidando de outra casa, certamente maior e mais cheia de móveis. Entre os passantes, o olhar de Joyce encontra o de João, que desce para a avenida com a urgência alegre dos que querem aproveitar o resto de dia que é seu. João corresponde ao olhar sem diminuir os passos. Sorri. É retribuído. O olhar insistente de Joyce o persegue. Desacelera o passo, resolve parar, e vai ao seu encontro.

Os dois conversam. Encontram muitas afinidades. O tempo parece parar. E logo já se tocam. Os lábios e o corpo de João fazem-na perceber o seu próprio como poucas vezes antes, até que Joyce é 'despertada' por gritos e insultos na voz trôpega e embrulhada do padrasto. Aquela 'pouca vergonha' ali devia parar. João quer reagir, mas Joyce teme a conhecida violência do padrasto. Os dois, então, saem dali apressados. Já no escuro da noite, procuram a escola vizinha, o pátio atrás de suas paredes pichadas. Escola de pobre, qualquer um entra, diz. Entram. Ali permanecerão até quase o amanhecer. Transam quase a noite toda. Joyce acha que nem chegou a pensar em Aids ou em camisinha.

O efeito mais poderoso que esta cena parece exercer é o de expor a fragilidade, a quase ingenuidade, de nossas habituais aproximações ao problema da Aids no modelo da redução de riscos. Joyce não se enquadraria em nenhum dos grupos de risco mais alardeados pela literatura – seja aquela especializada, seja a grande mídia, que vem acompanhando de perto essa epidemia. Poder-se-ia dizer, no entanto, que ela e seu parceiro adotaram um comportamento de risco naquela noite. Nenhum dos dois podia ter certeza do estado sorológico do outro, todavia, tiveram relações sexuais desprotegidos. Não usaram a camisinha, potencializando uma eventual transmissão de vírus HIV de um para outro ou mesmo o intercâmbio de cargas virais, no caso de ambos já estarem infectados.

Entretanto, examinando-se a situação concreta, é lícito perguntar: é possível dizer que esses jovens 'adotaram' comportamento de risco? É razoável atribuir o risco de infecção que ambos correram à livre adoção de um comportamento 'inadequado'? Qual é o sentido prático de reduzir toda a complexidade de influências e condições, envolvidos na cena antes descrita, apenas ao momento em que Joyce e seu par 'decidem' ter relações sem camisinha? E mais: onde estava o risco perceptível para aqueles jovens: no virtual e incorpóreo vírus HIV ou na concreta ameaça da violência a que ambos estiveram expostos? Que significados positivos, afirmativos da vontade de viver, estão igualmente associados à arriscada transa nos fundos da escola? De que recursos aquelas pessoas efetivamente dispunham para encontrar uma alternativa à 'escolha' entre a negação da vida, oferecida detrás da cerca de tábuas, e o arriscado, mas vital, encontro para além dos muros da escola? E como seria a história de Joyce e João se a escola que serviu de 'motel' fosse, de fato, a Escola da Joyce?

Não se trata aqui, obviamente, de aceitar o risco como condição constitutiva da pobreza, da miséria, da falta de recursos, mas, ao contrário, trata-se de não se conformar com a falta de alternativa – da qual o risco dos comportamentos é, então, apenas uma expressão. Trata-se de recusar essa compreensão parcial e individualista das chances de infecção e morte pelo HIV como um risco que as pessoas 'decidem' correr – seja lá por qual razão – e, por conseguinte, recusar também como estratégia exclusiva ou privilegiada de prevenção o 'convencimento' de cada indivíduo de que 'precisa agir de modo diferente'.

É claro que trabalhamos aqui com apenas uma cena; uma situação extrema que, com suas cores fortes, ilustra outras, mais comuns e menos visíveis, embora de natureza semelhante, especialmente entre os jovens: a freqüentemente estreita associação do arriscado com o necessário, o necessário restrito a poucas alternativas possíveis, as possibilidades condenadas a se repetirem como necessidade.

Não existe mais verdade na perversa dialética de risco-necessidade apontada na história de Joyce e João do que na de centenas de outros personagens igualmente reais, como os casais que 'não podem' falar da camisinha sem ameaçar a 'estabilidade' de suas relações; como os usuários de drogas que não trocam suas seringas para 'permanecer na segurança' do seu anonimato; como os jovens que não podem comprar camisinha sem receber olhares, julgamentos, cobranças; como os jovens que simplesmente não podem comprar camisinha, e que nem por isso vão querer menos o sexo. Quando só se pode escolher entre ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a maioria de nós escolheria?

Risco e Vulnerabilidade: proximidades e particularidades

Se temos minimamente claros, com o exemplo anterior, a esfera de fenômenos e o tipo de aproximação dos quais o conceito de vulnerabilidade quer dar conta, talvez seja o momento de tentar discernir, até onde isso já seja possível, as semelhanças e diferenças entre esta e o seu parente muito próximo, o risco, no modo como operam a construção do conhecimento e as práticas preventivas.

Vulnerabilidade e conhecimento

Examinemos, em primeiro lugar, a perspectiva da construção do conhecimento. Qual é, afinal, a diferença entre risco e vulnerabilidade? A pergunta não é pouco freqüente, e isso tem sua razão de ser. Tem sido cada vez mais comum, conforme se dissemina a expressão, o uso do termo vulnerabilidade como um sinônimo de risco. Troque-se um termo por outro e o texto não muda em nada seu significado e sentido. Talvez vulnerabilidade pareça mais 'moderno' ou 'politicamente correto' que risco, por conta da história problemática deste último termo no campo das respostas à Aids.

Contudo, embora risco e vulnerabilidade guardem, como vimos, uma estreita relação histórica, a confusão terminológica não traz benefícios a nenhum dos dois conceitos. Ao risco porque, como conceito epidemiológico tem já uma identidade bastante sólida e clara, ao contrário da vulnerabilidade, o que, somado a seu positivo interesse científico e técnico em diversos aspectos do campo da saúde, torna absurda qualquer pretensão de 'banimento político'. Também não faz justiça ao conceito de vulnerabilidade porque, como conceito emergente, em construção, depende de uma

cuidadosa vigilância terminológica para que a particularidade potencial de sua contribuição não se perca, confundida com um 'modismo' puramente retórico, com conotação pejorativa. Como etapa de sua consolidação conceitual, é preciso que trabalhem com o intuito de clarear e construir consensos a respeito do que estamos falando exatamente quando recorremos à expressão vulnerabilidade. Desse modo uma primeira diferença que deve ser marcada é o caráter eminentemente analítico do risco, em contraste com as aspirações sintéticas da vulnerabilidade.

O conceito epidemiológico de risco nasceu de uma longa e trabalhosa trajetória que, consubstanciada no desenvolvimento das ciências modernas, buscou construir instrumentos teóricos capazes de identificar associações entre eventos ou condições patológicas e outros eventos e condições não patológicas, causalmente relacionáveis (Ayres, 1997). Todo o empenho técnico-metodológico da epidemiologia em seus desenvolvimentos contemporâneos tem se dirigido, desse modo, a um isolamento fenomenológico cada vez mais preciso entre variáveis independentes e dependentes, e de cada uma delas entre as de sua categoria, além de um controle progressivamente mais rigoroso do grau de incerteza acerca do não acaso das associações estabelecidas. É, portanto, predominantemente analítico o desenvolvimento eleito pela epidemiologia para a construção de sua identidade e validade como conhecimento objetivo.

A vulnerabilidade, como já apontado, nasce de uma pretensão quase inversa. Menos que isolar analiticamente, a grande pretensão é a busca da 'síntese'. Trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concretos e particularizados, nos quais os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto propriamente dito do conhecimento. O que, para análises de risco consistentes, deve ser cuidadosamente deixado 'de fora' é o que constitui a quintessência dos estudos de vulnerabilidade - a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não constante, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço. O conhecimento sobre vulnerabilidade, diferentemente dos estudos de risco, busca universalidade não na reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferências, mas no interesse e possibilidade 'trans-regionais' de sua pragmática.

Em outras palavras, estudos de vulnerabilidade, para dar conta das aspirações práticas que vimos marcar sua história, devem validar-se como conhecimento objetivo com base no seu sucesso em particularizar relações partes-todo identificadoras de situações cujo conhecimento permita intervir sobre a suscetibilidade das pessoas ao agravo em questão. Interessam, portanto, sinergias, sincronismos, simpatias, sinédoques e, claro, sínteses.

Outro aspecto que diferencia risco e vulnerabilidade, obviamente relacionado ao anterior, é o 'caráter não-probabilístico' da vulnerabilidade. Risco epidemiológico, grosso modo, é a probabilidade de que um indivíduo qualquer pertencente a um

dado grupo identitário (expostos) venha também a pertencer a um outro grupo identitário (afetados). Ora, numa perspectiva que busca identificar situações de suscetibilidade a um agravamento com base em relações partes-todo particulares, não faz sentido esse procedimento estocástico. Se o risco busca expressar as 'chances matemáticas' de adoecimento de um 'indivíduo qualquer', desde que portador de certo traço identitário específico, a vulnerabilidade quer expressar os 'potenciais' de adoecimento\ não-adoecimento relacionados a 'todo e cada um dos indivíduos' que viva em um certo conjunto de condições. É claro que a identificação dessas situações se beneficia de análises de risco. Estas, muitas vezes, trazem importantes indicadores de vulnerabilidade, mas não é aqui que esta última quer se deter. A começar por uma razão muito simples: estudos de risco dependem de uma certa casuística que permita investigar associações matemáticas, e suscetibilidades potenciais podem ser inferidas antes que os casos ocorram.

Associações probabilísticas exigem independência entre os grupos cuja interseção procuram estimar, mas tal independência é, como vimos, estranha às aspirações teóricas da vulnerabilidade. Por isso, 'plausibilidade' parece expressar melhor o tipo de nexos que os estudos de vulnerabilidade buscam elucidar. Plausibilidade construída com base na consistência lógica, na coerência empírica e na evidência prática de uma certa relação partes-todo, nem sempre demonstráveis em termos probabilísticos, mas sempre passíveis de contra-argumentação lógica, empírica e prática.

Vulnerabilidade e práticas preventivas

No plano das práticas de intervenção, a confusão entre risco e vulnerabilidade é menos freqüente. Nesta esfera, a confusão só não acontece porque são raras as propostas de intervenção que se colocam como referência à redução de vulnerabilidade. Ao contrário, o que observamos com freqüência é que as ações implementadas dificilmente escapam da redução de risco, mesmo quando aderidas filosoficamente a uma leitura da realidade instruída pelo quadro da vulnerabilidade.

Contudo, embora ainda incipientes e nem sempre organicamente instruídas por uma discussão conceitual mais acabada, há já um conjunto de experiências e proposições que se diferenciam das estratégias de risco, sejam as que recorrem às identidades grupais ou aos padrões de comportamento. Para melhor contrastarmos essas modalidades, examinemos, ainda que de modo bastante esquemático, os diferentes alvos e resultados que cada uma das estratégias elege e realiza, conforme esquematizado no Quadro 1:

Quadro 1 - Comparação entre as características práticas dos conceitos utilizados em prevenção

CONCEITO	PROBLEMA-ALVO	RESULTADO ESPERADO
Grupo de risco	Contato entre infectado e suscetível	Barreira à transmissão
Comportamento de risco	Exposição ao vírus	Práticas seguras
Vulnerabilidade	Suscetibilidades populacionais	Resposta social

O conceito de grupo de risco tem como alvo um velho desafio da saúde pública: o contato entre agente infeccioso e novos hospedeiros potenciais. Também é bastante conhecida, desde as práticas da quarentena, o tipo de solução proposto: barreiras entre infectados e suscetíveis (Rosen, 1994).

Quando, no campo das respostas à Aids, passou-se a privilegiar o conceito de comportamento de risco, uma mudança importante se fez operar nesses procedimentos clássicos. O alvo das ações deixou de ser o contato entre infectado e suscetível, passando a ser o isolamento do agente infeccioso mediante estratégias capazes de impedir sua movimentação no ambiente humano. Nesse sentido, a população não é mais dividida entre 'indivíduos atingidos e/ou perigosos' e 'indivíduos a proteger', e sim entre o perigo e a população exposta em geral. Em vez da barreira entre os indivíduos e na falta de uma tecnologia que atue diretamente sobre o agressor, paralisando-o, propõe-se uma série de mudanças nas práticas das pessoas, de modo a diminuir as chances de 'encontrarem' o vírus.

A percepção, porém, de que a exposição ao vírus não é homogênea na população em geral e de que, relacionado a isso, as possibilidades de mudança de práticas não dependem apenas da vontade individual, mas do contexto em que essas individualidades se conformam e manifestam, fez surgir a necessidade de focalizar as ações nas diferentes suscetibilidades à infecção observadas nas populações expostas. Passou-se a buscar uma mobilização para a superação dessa suscetibilidade que atingisse radicalmente as relações sociais, sem o que nunca se conseguiria modificar, de forma efetiva e sustentada, os comportamentos e práticas que precisavam ser mudados. Ficou nítida a necessidade de as pessoas responderem à transformação das práticas não no plano estrito da individualidade privada, mas como sujeitos sociais, como agentes da esfera pública da vida social. Intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica, direitos humanos, tudo isso passa a ser entendido como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado.

Analisando com atenção o esquema anterior, observamos que, na verdade, cada etapa ou estratégia subsume a anterior, incorporando-a de uma forma mais rica em

uma outra que, embora possa recusar alguns de seus aspectos problemáticos, sustenta o que nela há de necessidade mais legítima e fundamental e, ao mesmo tempo, inaugura outras tantas áreas de conflitos, desafios, limites.

Por isso não se deve entender qualquer um desses conceitos e estratégias como o melhor, ou o ideal, muito menos como a solução definitiva para as ações preventivas. Cada uma dessas modalidades de intervenção nasceu de processos sociais específicos e guarda interesses e limites relacionados a suas origens. O melhor que temos a fazer é buscar conhecer esses interesses e limites para poder lidar com eles da forma tecnicamente mais produtiva e coerente com nossas referências éticas e políticas.

Retornando, então, ao nosso esquema, podemos sintetizar da seguinte forma, no Quadro 2, os interesses e limites das três modalidades:

Quadro 2 - Comparação entre os interesses e dificuldades práticas dos conceitos utilizados em prevenção

CONCEITO	INTERESSE	DIFICULDADE
Grupo de risco	- Capacidade de particularização tecnicamente operacional	- Estigma; discriminação - Negligência
Comportamento de risco	- Universalização do compromisso com a prevenção	- Intervenções inespecíficas - Culpabilização individual
Vulnerabilidade	- Universalidade do compromisso com particularização operacional	- Vitimização; tutela - Ampliação paralisante

Não há dúvida de que o conceito de grupo de risco tem a vantagem de estabelecer identidades que particularizam muito claramente certos segmentos populacionais, diferenciando-os da chamada 'população-geral'. Foi assim com os famigerados quatro Hs, mas também tem sido assim, por exemplo, com os sintomáticos respiratórios, que constituem um grupo de risco para tuberculose em nosso meio. O conceito de grupo de grupo de risco é também muito operacional. Toda vez que se dispõe de uma identidade clara, definida por um critério fixo, ficará também mais fácil dirigir ações sobre os indivíduos assim discriminados.

Não é preciso ser médico, por exemplo, para identificar um sintomático respiratório e solicitar uma pesquisa de bacilo de Koch (BK) no escarro. Contudo, há identidades e identidades, e ações técnicas de implicações igualmente diferentes. No caso da Aids, essas supostas vantagens, talvez com algumas raras exceções, foram largamente suplantadas pelos prejuízos trazidos pela definição de grupos de riscos. Identidades baseadas em uma interpretação rápida demais e repleta de preconceitos sobre

dados preliminares e regionais de distribuição de incidências, assim como propostas de intervenção eivadas de irracionalidade e temor, tiveram, como já apontamos anteriormente, estigma e discriminação como o mais significativo efeito para os diretamente afetados pela epidemia e negligência e descaso em relação aos não imediatamente afetados.

O maior interesse na mudança para a modalidade comportamental foi justamente a superação dessas dificuldades numa aproximação que tornava a Aids um problema de todo mundo. Não importava quem fosse, o indivíduo estava exposto e precisava se proteger. Desdobrou-se dessa visão generalizadora e individualizadora, contudo, efeitos até certo ponto não surpreendentes, como também já indicamos. De um lado, as intervenções tornaram-se muito genéricas, com mensagens e estratégias pouco sensíveis às particularidades culturais, morais, políticas e econômicas envolvidas na construção de práticas seguras. De outro, infectar-se pelo HIV passou a ser visto como uma falha individual na adoção de tais práticas 'universalmente' preconizadas.

O interesse na abordagem conceitual da vulnerabilidade veio, portanto, da percepção dos limites individuais na construção de respostas efetivas e na denúncia da falácia de uma universalização extremada e acrítica. Era preciso sim, apreender o peso dos diferentes contextos sociais como determinante de diversas suscetibilidades e criar alternativas técnicas sensíveis a essas diferenças. Todavia, essas diferenças passaram a ser vistas não como características grupais, fixas, identitárias, e sim como efeito de relações sociais que, na verdade, diziam respeito a todo o tecido social. Havia que se discriminar segmentos populacionais mais expostos sim, porém não por algum traço identitário, e sim pela posição que os seus componentes ocupam em relações e situações de responsabilidade do conjunto da sociedade. Isto significa universalizar o compromisso com a resposta à epidemia exatamente 'por intermédio' da particularização das áreas e modos de operar essas respostas.

As dificuldades inauguradas por uma tal modificação de enfoque também não são pequenas ou simples. Um dos problemas mais apontados nesse sentido é continuar promovendo uma discriminação negativa dos grupos mais afetados, agora não mais pelo estigma, mas pela sua vitimização e correlativa tutela, preocupação totalmente fundada. Quantos de nós já não ouvimos coisas do tipo: 'as mulheres, tão vulneráveis, coitadas'; ou os jovens, ou os negros, ou os pobres etc. Assumir uma tal atitude é negar o mais essencialmente positivo no interesse do uso do conceito; é de novo perder de vista o caráter eminentemente relacional e, nesse sentido, universalmente impactante das situações determinantes de vulnerabilidade.

Essa dimensão relacional, a um só tempo particular e universal, visada pelo enfoque da vulnerabilidade irá, por sua vez, determinar um outro espectro de dificuldades. Trata-se do efeito paralisante que pode advir da percepção da amplitude e complexidade da apreensão e transformação das situações de vulnerabilidade.

De fato, trabalhar pela prevenção de um agravo, como a Aids, pode parecer uma tarefa impossível se ela tem de passar por aspectos como exclusão social, relações de gênero, discriminação racial, violência estrutural e assim por diante. Talvez seja melhor lutar antes pela revolução, seja ela qual for, ou simplesmente cruzar os braços. Mas, como diria Bachelard, segundo nossa fadiga ou nossa coragem, nós diremos que o mundo está inacabado ou apenas começado. Vejamos, adiante, o que uma atitude corajosa teria a nos dizer a respeito de como enfrentar as dificuldades trazidas pelo quadro da vulnerabilidade.

Enfrentando as Dificuldades

Não existe, obviamente, um 'antídoto', uma fórmula capaz de neutralizar as dificuldades, no uso do quadro da vulnerabilidade, anteriormente apontadas. Só nos resta, uma vez interessados nos seus potenciais benefícios, enfrentar esses limites; até porque o quadro é recente e ainda relativamente pouco explorado, são poucos os acúmulos acerca de como superar ou minimizar as tendências à vitimização ou à ampliação paralisante. Temos, contudo, algumas indicações colhidas de experiências práticas no campo da saúde pública, de modo geral, da prevenção à Aids, em particular, e de alguma bibliografia a respeito. Vamos tentar sistematizá-las, menos como receita do que como convite aos nossos interlocutores para suas próprias reflexões e experimentação.

Contra a ampliação paralisante

Se quisermos dar conta do conjunto de elementos que precisam ser modificados para obtermos uma resposta social positiva o suficiente no controle da epidemia de HIV/Aids, ou algum outro agravo para o qual estamos raciocinando em termos de vulnerabilidade, certamente os resultados não serão muito animadores. A tarefa certamente exige a ação articulada de uma ampla gama de forças sociais. Além disso, nunca teremos total consciência do que precisa ser feito e de quais serão os resultados de nossas ações. Um único elemento novo pode mudar radicalmente o rumo dos fatos, como foi o desenvolvimento do chamado coquetel ou como pode vir a ser o desenvolvimento de uma vacina, isso só para ficar no plano da técnica.

Contudo, se considerarmos o quadro da vulnerabilidade menos como um modelo de intervenção e mais como uma propedêutica, uma forma de raciocínio sistemático que nos prepara para a ação, mas não pretende controlá-la integralmente, talvez seja possível usar produtivamente o caráter complexo e abrangente das análises de vulnerabilidade.

Nesse sentido, a 'hierarquização e monitoramento' dinâmicos e criteriosos podem ser a chave de uma atitude ao mesmo tempo ambiciosa e realista. Por

hierarquização e monitoramento nos referimos à constante apreciação de possíveis objetivos e estratégias para a intervenção segundo, basicamente, três princípios:

- **Efetividade:** entre as diversas alternativas para a ação que nos são colocadas, devemos sempre ter em mente aquelas que julgamos mais capazes de ser postas em prática, por razões políticas, éticas, filosóficas, técnicas etc. Por exemplo, será uma estratégia efetiva, nesse momento, controlar a transmissão do HIV entre usuários de drogas apostando na abstinência como objetivo a ser alcançado?
- **Operacionalidade:** algumas vezes precisamos abrir mão de certas possibilidades mais ambiciosas em favor de uma operacionalidade técnica que pode ser definitiva para a efetividade de um objetivo. Exemplificando, pode ser bastante interessante envolvermos os homens mais radicalmente na discussão do uso da camisinha. Mas, se nossos recursos ainda estão centrados nos serviços de saúde, e os homens não são os melhores frequentadores desses espaços, será interessante adotar já tal estratégia?
- **Progressividade:** se nos ativermos ao efetivo e operacional e não nos dispusermos a fazer estes patamares se moverem continuamente, então tenderemos a ser muito conservadores em nossas propostas. É preciso sempre pensarmos, ainda que com as limitações antes apontadas, no que pode ser efetivo e operacional a curto, médio e longo prazo. Estas diferentes dimensões temporais não podem, por sua vez, ser justapostas, uma após outra, como é comum fazermos, de modo que acabamos por perder de vista o que não seja curto prazo. Os objetivos a curto, médio e longo prazo devem ser vistos como círculos concêntricos que vão do mais imediato ao mais estrutural na determinação das situações de vulnerabilidade, sempre concebidos com base em suas mútuas relações, tal como perceptíveis no aqui e agora. Os efeitos de curto prazo, aos quais nossa capacidade de avaliação é mais sensível, podem, assim, se de fato articulados às nossas propostas de médio e longo prazo, servir de indicador do quanto nossos juízos a respeito das relações partes-todo são adequados e fecundos.

Um quarto princípio, mas que na verdade permeia os três anteriores, sendo, desse modo, quase um pressuposto, é o da 'democratização radical' da eleição e monitoramento de objetivos e estratégias. Nossa capacidade de decidir pelo mais efetivo e operacional, e de fazer esses patamares se moverem está em relação diretamente proporcional à amplitude e à representatividade dos sujeitos sociais envolvidos nessas escolhas. Não que o técnico perca sua especificidade e relevância na promoção desses processos; mas, quanto mais superfícies de diálogo os técnicos lograrem estabelecer com os demais sujeitos sociais, maiores chances terão de articular sua ação com as respostas sociais mais estruturadas. Portanto, passo a passo, mas sempre caminhando, sempre buscando um horizonte e sempre acompanhados.

Contra a vitimização e a tutela

O desafio de superar as dificuldades práticas parece-nos guardar uma relação muito estreita com o que poderíamos chamar de uma certa atitude ética e sua contrapartida em uma atenta 'vigilância epistemológica'. Da mesma forma como apontávamos anteriormente a necessidade de um cuidado terminológico para garantir ao quadro da vulnerabilidade um crescimento teórico autônomo e produtivo, pensamos que um mesmo tipo de preocupação deve nos manter sintonizados à atitude que nos coloca perante qualquer Outro como um ser humano de igual estatuto e potencial. Nesse sentido, são úteis as lembranças que Gorovitz (1994) nos faz a respeito de três qualidades indissociáveis da vulnerabilidade como conceito, sob pena de importantes prejuízos éticos:

- A vulnerabilidade não é binária - ela é multidimensional, ou seja, em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros; o que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto pode nos proteger sob outro.
- A vulnerabilidade não é unitária - ela não responde ao modelo 'sim ou não'; há sempre gradações, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus.
- A vulnerabilidade não é estável - as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam constantemente ao longo do tempo.

Portanto, 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.

A essas qualidades acrescentaríamos mais uma vez uma quarta dimensão, que, de novo, transpassa as anteriores. Trata-se do já destacado caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade. Uma situação de vulnerabilidade é sempre uma responsabilidade bilateral. Quando vitimizamos e tutelamos alguém, sob a categoria naturalizada de um 'vulnerável', o que na verdade estamos fazendo é conservar intocada uma relação da qual os que estão no pólo menos prejudicado são também partícipes. Nesse sentido, a não ser que se sintam confortáveis na posição de 'algozes', os menos vulneráveis serão, enquanto perdurar a situação, igualmente 'vítimas'.

Horizontes e Perspectivas

Para concluir, cabem algumas últimas palavras sobre os horizontes abertos pela emergência do quadro da vulnerabilidade no campo da saúde e suas perspectivas de desenvolvimento.

Da mesma forma que na seção anterior, talvez seja interessante aqui uma divisão entre o campo do conhecimento e o da intervenção, embora saibamos que estes estão sempre intimamente relacionados.

No que se refere ao campo da intervenção, parece evidente que as aplicações do quadro conceitual da vulnerabilidade podem fornecer subsídios que vão desde o desenvolvimento de ações e instrumentos tecnológicos até o planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde. Quanto a esse aspecto só precisa ficar bem entendido que, por sua origem e pressupostos, o quadro não se confunde com uma teoria ou método de planejamento e gestão. Na condição de uma propedêutica, uma disciplina do pensamento, ele pode instruir sua concepção ou aplicação, mas jamais substituí-los. Parece-nos evidente, entretanto, que a vulnerabilidade, por sua ênfase no relacional, pela sua recusa do tecnicismo e assunção da dinamicidade de seus objetos, coloca-se em condições de estabelecer um diálogo especialmente interessante com as escolas de planejamento, avaliação e gestão de enfoque comunicacional (Gallo, 1995).

Instrumentos técnicos e estratégias que se denominem 'redutores de vulnerabilidade' não são ainda muito difundidos; nem podemos saber se um dia virão a ser. Contudo, é fato que uma série de práticas já colocadas em cena no campo da prevenção, especialmente no da Aids, vem construindo tecnologias específicas, inovadoras e afinadas com o quadro da vulnerabilidade, como oficinas de sexo mais seguro, mobilizações comunitárias, redução de danos entre usuários de drogas etc. (Mesquita & Bastos, 1994; Villela, 1996; Ayres, 1996a, 1996b; Paiva, 2000). Alguns deslocamentos tecnológicos também já podem ser percebidos nessas propostas, ainda que muitos como tendências incipientes e quase sempre oscilando entre pressupostos e métodos mais particulares das abordagens de redução de vulnerabilidade e aqueles mais conhecidos e consolidados nas estratégias de redução de risco, conforme sintetiza o Quadro 3:

Quadro 3 - Comparação entre as características das intervenções com base nos conceitos utilizados em prevenção

CARACTERÍSTICA	REDUÇÃO DE RISCO	REDUÇÃO DE VULNERABILIDADE
Alvo	Indivíduos expostos	Populações suscetíveis
Finalidade	Alertar	Capacitar
Meios	Informação	Mobilização
Processo educativo	Modelador	Construtivista
Base institucional	Saúde	Intersetorial
Agentes privilegiados	Técnicos	Pares
Resultado esperado	Mudança de comportamento	Transformação de contextos de intersubjetividade

As abordagens de redução de vulnerabilidade têm procurado ampliar do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo de suas intervenções. Nesse sentido, assumem uma responsabilidade que se estende para além da tarefa de alertar sobre o problema. É preciso concorrer para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas também para que, além disso, respondam de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo quando individualmente alertas. Mais que ser informadas, é preciso que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas.

Por esta mesma razão, o enfoque educacional, tão fundamental nos processos de promoção da saúde e prevenção de agravos, não pode ficar preso às tendências modeladoras, fortemente difundidas com base no paradigma comportamentalista. A atitude construtivista é aquela que melhor parece concorrer para que as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam.

Uma tal ampliação de objetos e estratégias torna claro que as ações de redução de vulnerabilidade não podem se tornar efetivas e operacionais se as mantivermos restritas à esfera institucional da saúde. A ação intersectorial é fundamental. No mínimo saúde e educação, mas, quando conseguimos articular também as áreas do trabalho, bem-estar social, jurídica e cultural, as chances de melhores resultados se expandem proporcionalmente.

Parece igualmente claro que a busca de resposta social coloca no centro da arena das práticas preventivas não mais o sujeito técnico, com seu saber e recursos especializados, mas sim aqueles capazes de melhor apreender e lidar com os obstáculos à sua saúde, os próprios sujeitos sociais afetados. É bom que se repita que isso não esvazia o papel do técnico, apenas o reposiciona e complexifica suas tarefas na concepção, desenvolvimento e monitoramento das estratégias. O técnico da saúde, e nisso ele será insubstituível, deve ser agora um mediador do encontro que deve se dar entre a população e o conjunto de recursos de que uma sociedade dispõe (informações, serviços, insumos etc.) para construir sua saúde.

Finalmente, é importante destacar que o pólo da redução de vulnerabilidade nas modalidades preventivas, ainda que este seja talvez um dos aspectos de menor clareza para muitos de seus próprios implementadores, está promovendo um deslocamento significativo também no produto de suas intervenções, que nos parece dever ser estimulado. É que o modo como os problemas de saúde e a construção de respostas são entendidos reconstrói a velha noção de que se nós, profissionais da prevenção, trabalharmos bem as pessoas, ao cabo de certo tempo elas terão mudado seus comportamentos em uma direção mais saudável. Na verdade, o que a abordagem da

vulnerabilidade pressupõe e demonstra, simultaneamente, é que tal mudança não parte do indivíduo em relação ao Outro e seu entorno. As mudanças mais profundas e interessantes acontecem quando enxergamos e construímos possibilidades de os indivíduos estarem uns diante dos outros em seu entorno, de modo a tornar a saúde de todos mais satisfatória. É exatamente da transformação de contextos de intersubjetividade que estamos tratando quando constatamos a maior facilidade de falar de sexo e camisinha hoje, se comparado com a era pré-Aids, ou da necessidade de uma legislação específica que garanta as estratégias de redução de danos entre usuários de drogas, ou ainda do trabalho educativo voltado à reflexão sobre as relações de gênero. Quanto a esse aspecto, muito há que ser explorado ainda. Tomar consciência de que sujeitos só se constituem em relação com o Outro, em um dado contexto, isto é, assumir o caráter inexoravelmente intersubjetivo da construção de nossas identidades (Ayres, 2001) pode nos ajudar a conceber novas estratégias e técnicas de atuação.

Para finalizar, no plano específico da produção de conhecimento, o quadro da vulnerabilidade também parece abrir perspectivas interessantes. Porque permitem e reclamam contribuições oriundas de diversas disciplinas e o diálogo entre elas, estudos de vulnerabilidade oferecem oportunidades de diálogos interdisciplinares que são um constante norte da saúde coletiva. Mas também quanto à natureza mesma do conhecimento abrem-se novas perspectivas. O caráter sintético e particularizador que esse tipo de conhecimento persegue põe ênfase em uma área de aplicação da epidemiologia há muito eclipsada pelo notável desenvolvimento das análises de risco – os modelos matemáticos. Com efeito, ao resgatar a dignidade epistemológica das relações partes-todo na apreensão teórica dos fenômenos da saúde coletiva, o quadro da vulnerabilidade configura-se como um interessante dispositivo para subsidiar o desenvolvimento da modelagem epidemiológica – e os notáveis progressos dos recursos computacionais e das lógicas não-clássicas, especialmente a *fuzzy logic*, só fortalecem essa vocação.

É no pólo oposto ao da formalização, contudo, que nos parecem mais significativas as perspectivas de progresso teórico do quadro da vulnerabilidade. Com efeito, ao se colocar a tarefa de construir relações partes-todo de caráter aplicado, aplicação esta substantivamente permeada por dimensões éticas, políticas e relacionais das práticas de saúde, a abordagem da vulnerabilidade instaura condições muito favoráveis para que conhecimentos de corte hermenêutico (Gadamer, 1996a, 1996b) adentrem de forma mais positiva o campo da saúde. Essa novidade é muito bem-vinda, tanto por intensificar o diálogo das disciplinas biomédicas com as ciências humanas e a filosofia quanto porque é próprio à hermenêutica estabelecer entre os saberes especializados – as linguagens abstratas das técnico-ciências e os conhecimentos chamados leigos – a sabedoria prática posta em movimento no cotidiano de todos nós: uma estreita e acalentada relação.

Referências

- ALTMAN, D. *Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à Aids*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1995. (História social da Aids, 5)
- ALVES, J. A. L. *Os Direitos Humanos como Tema Global*. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia sem números: outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da Aids. In: SEMINÁRIO EPIDEMIOLOGIA SOCIAL DA AIDS. *Anais...* Rio de Janeiro, 1994.
- AYRES, J. R. C. M. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e Aids entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, D. et al. (Orgs.) *Papel da Educação na Ação Preventiva ao Abuso de Drogas e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996a. (Série Idéias, 29)
- AYRES, J. R. C. M. Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/Aids e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção? In: TOZZI, D. et al. (Orgs.) *Papel da Educação na Ação Preventiva ao Abuso de Drogas e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996b. (Série Idéias, 29)
- AYRES, J. R. C. M. *Sobre o Risco – para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/Aids: a escola e a construção de uma resposta social. In: SILVA, L. H. (Org.) *A Escola Cidadã no Contexto da Globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (1): 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C.; M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R. M. & PARKER, R. G. (Orgs.) *Sexualidades pelo Averso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro/São Paulo: IMS/Uerj/Ed. 34, 1999.
- BASTOS, F. I. *Ruína e Reconstrução: Aids e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1996. (História Social da Aids, 6)
- BATLIWALA, S. The meaning of women's empowerment: new concepts from action. In: SEN, G.; GERMAIN, A. & CHEN, L. C. (Eds.) *Population Policies Reconsidered: health, empowerment and rights*. Cambridge: Harvard University Press, 1994.
- BUCHALLA, C. M. Aids: o surgimento e a evolução da doença. In: MONTEIRO, C. A. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. São Paulo, Hucitec/Nupens/USP, 1995.
- CAMARGO JÚNIOR, K. R. *As Ciências da Aids e a Aids das Ciências: o discurso médico e a construção da Aids*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1994. (História Social da Aids, 4)
- CASTIEL, L. D. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 30(1): 91-100, 1996.
- CRIMP, D. How to have promiscuity in an epidemic. In: CRIMP, D. (Ed.) *Aids: cultural analysis, cultural activism*. Cambridge: The MIT Press, 1988.
- FERNANDEZ, O. F. R. L. Aids, drogas e direitos humanos. São Paulo, *O Estado de São Paulo*, 13 dez. 1997. Caderno 1, p.2.
- GADAMER, H. G. *Verdad y Método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme, 1996a.
- GADAMER, H. G. *The Enigma of Health: the art of healing in a scientific age*. Stanford: Stanford University Press, 1996b.
- GALLO, E. (Org.) *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
- GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro/São Paulo: Abia/Ed. 34, 2000.
- GOROVITZ, S. Reflections on the vulnerable. In: BANKOWSKI, Z. & BRYANT, J. H. (Eds.) *Poverty, Vulnerability, and the Value of Human Life: a global agenda for bioethics*. Geneva: Cioms, 1994.
- GRANGEIRO, A. O perfil socioeconômico dos casos de Aids na cidade de São Paulo. In: PARKER, R. et al. (Orgs.) *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1994. (História Social da Aids, 2)
- GUPTA, G. R. *Strengthening Alliances for Sexual Health: a framework for action*. Cambridge: II International Conference on Health and Human Rights, 1996. (Mimeo.)
- HEYZER, N. *The Balancing Act: population, development and women in an era of globalization*. Nova Delhi: The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, 1996. (International Lecture Series on Population Issues)
- JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: Unaids, 2000.
- KALICHMAN, A. O. *Vigilância Epidemiológica de Aids: recuperação histórica de conceitos e práticas*, 1993. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista.
- KALICHMAN, A. O. Pauperização e banalização de uma epidemia. In: SEMINÁRIO EPIDEMIOLOGIA SOCIAL DA AIDS, 1994. Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 1994.
- MANE, P. *Report on Track D: social science: research, policy and action*. Vancouver, XI International Conference on Aids, 1996. (Mimeo.)
- MANN, J. & TARANTOLA, D. J. M. (Eds.) *Aids in the World II*. Nova Iorque: Oxford University Press, 1996.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. & NETTER, T. W. (Orgs.) *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1993. (História Social da Aids, 1)
- MANN, J. et al. Health and human rights. *Health and Human Rights*, 1(1): 7-23, 1994.
- MESQUITA, F. & BASTOS, F. I. (Orgs.) *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PAIVA, V. *Fazendo Arte com Camisinha: sexualidades jovens em tempo de Aids*. São Paulo: Summus, 2000.
- PARKER, R. *Empowerment, Community Mobilization and Social Change in the Face of HIV/AIDS*. Vancouver, XI International Conference on Aids, 1996. (Mimeo.)
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- VILLELA, W. *Oficinas de Sexo mais Seguro para Mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação*. São Paulo: Nepaids, 1996.