

Promoção da Saúde

conceitos, reflexões, tendências

Dina Czeresnia
Carlos Machado de Freitas
organizadores

4ª reimpressão



Copyright © 2003 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-7541-024-5

1ª edição: 2003
1ª reimpressão: 2003
2ª reimpressão: 2004
3ª reimpressão: 2005
4ª reimpressão: 2008

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 das imagens para elaboração da capa.

Preparação de originais, copidesque e revisão
Janaina S. Silva e Maria Cecília G. B. Moreira

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

C998p Czeresnia, Dina (org)

Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. / organizado por
Dina Czeresnia. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

176 p.

1. Promoção da Saúde - tendências. 2. Vigilância da População. 3. Política Social. I. Freitas, Carlos Machado de (org). II. Título.

CDD - 20.ed. - 613

2008
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 - 1º andar - sala 112 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 3882-9007 / Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
<http://www.fiocruz.br>



Carlos Machado de Freitas
Federal Fluminense
Universidade Federal
pela Escola Nacional
Fiocruz). Professor
Fundação Oswaldo
Profissional em V

Dina Czeresnia (Orga
Federal do Rio de
do Estado do Rio
Nacional de Saúde
Professora e pesqui
Oswaldo Cruz (E

*Gabriela Junqueira Cal
Paulo (USP), mest
de São Paulo (PU
de Saúde dos Ado
São Paulo*

*Haraldo César Saletti F
preventiva pela U
Temática de Saúde
Saúde de São Paul*

Ivan França Júnior – gra
do Sul (UFRGS), m
São Paulo (USP).
Faculdade de Saúd

Jairnilson Silva Paim
Universidade Fede
Coletiva da Univer

6

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 &
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 de saúde não está familiarizada com o conceito de 'vulnerabilidade', apesar de ele já estar em uso há cerca de dez anos.¹

Não é de espantar. Um decênio é tempo 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 um 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

¹ Não confundir com o conceito de vulnerabilidade divulgado nos anos 60 a partir 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.

suscetibilidades 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.

² "Identidade sócio cultural 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, USA – de 1995 a 1998.

É a partir da Escola de mente a discussão da vulnerabilidades mundiais da saúde recentemente, aproximando Mann & Tarantola, 1996). Uma gama já bastante ampla em termos político-ideológico interesse pela ampliação de ações e políticas na direção

Talvez a mais importante sobre HIV/Aids no início de 90 (entre 'grupos de risco' individual a uma nova concepção não só para nossa compreensão de conter seu avanço.

A resposta que a vulnerabilidade para além da tradicional abordagem entendida no âmbito das doenças e suas correspondentes formas como o conceito epidemiológico respostas e como as diversas respostas de grupo de risco e comportamentos condições e conflitos (Kalichman). Fazemos, então, uma breve revisão do texto (Ayres et al., 1999), de décadas de epidemia, tomando Tarantola (1996).

Período da descoberta

Este período corresponde ao que veio chamar a atenção da comunidade de investigação epidemiológica. O uso do instrumental epidemiológico diante da epidemia emergente passaram a buscar ativamente

Ocorre que os fatores epidemiológicos experimentais e técnicas extremamente relevantes para a causal (Ayres, 1997), o fator

programas de saúde, passivos e políticos. Por isso a é aplicável, rigorosamente, e pública – claro que com

lado, buscaremos divulgar a e política da saúde coletivos, da vulnerabilidade sustentar a tese de que a o campo da saúde pública

reflexões de um programa de os anos 90.² Começaremos histórico do conceito de compreender mais claramente depois, trataremos de exam, contrastando-o a outros ção da Aids e da saúde de buscaremos apontar as perspectivas vislumbramos – desde e superação desses limites.

os Direitos Universais do em, grupos ou indivíduos teção ou garantia de seus nais amplamente o campo 1992, do livro *Aids in the* Tarantola & Netter, 1993). te aplicado à saúde, pode interseções entre o ativismo Humanos, especialmente a deslizar para o discurso e vamos discutir.

entação e vulnerabilidade ao eto financiado pela MacArthur

É a partir da 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 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 a partir dele 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 nessas duas décadas de epidemia, 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.

A noção de grupo de risco difundiu-se amplamente, especialmente através 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 (*homossexuais, 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
(Bastos, 1996; Fernandez,

O conceito-chave aqui, passa a ser o de comportamento em relação ao seu predecessor. Mas, o comportamento de risco é trazido para o centro da discussão, a culpabilização individual e a displicência pessoal, para

Mais uma vez, é da experiência, reflexão e mi-vozes a criticar esse conceito. Mas, traz, com a noção de perspectiva crítica positiva ligados ao comportamento

A discussão do *empowerment* mas que poderia se aproximar de uma mudança para um comportamento necessária de 'informação + cultura, econômica, política dos gêneros, países, segmen-

Além das críticas que a experiência que foi sendo de prevenção de base comportamental. Ao relativo insomou-se a explosão da epidemia - os mais pobres, as mulheres (1994; Buchalla, 1995). O ciclo de resposta à epidemia

Período atual: 1989

Nesse último período, a Aids é uma realidade mundial e asiática. Ao mesmo tempo sua tendência à pauperização nas periferias e bairros pobres

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 consequência 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 oitenta.

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 adoecimento, exceto em contextos onde 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 justos 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 usado para descrever o risco, ao comportamento 'vulnerabilidade' o termo usado no texto de 1996, deixam claro o campo da prevenção, pela

É nesse contexto que o termo é resumido justamente como a vulnerabilidade das pessoas ao adoecimento não apenas individuais, mas também a suscetibilidade à infecção e a menor disponibilidade de recursos. Por isso, as análises de vulnerabilidade eixos interligados:

- Componente individual: refere-se a de que os indivíduos possuem essas informações e habilidades; e, finalmente, a essas preocupações.
- Componente social: refere-se a redes de metabolização que não depende só de comunicação, e sim, de poder de influenciar as culturas, estar livre. Todos esses aspectos definem a vulnerabilidade.
- Componente programático: os programas necessitam para não serem disponibilizados de forma adequada de esforços programáticos e a qualidade de implementação dos programas nacionais ao HIV/Aids, mais existentes, otimizar e fortalecer os indivíduos.

Note-se que as análises epidemiológicas de risco. I. populacional da infecção e como sexo, idade, profissio

ilidades abertas pelo isolamento de recursos diagnósticos, prognóstico e profilático encontrem ainda

la é a técnica de contagem grande poder preditivo da dados, somando elementos mais utilizado até então. do 'coquetel' e a combinação de intervenção sobre o ciclo de vida, já apresenta impactos e sobre a mortalidade dos entretanto, têm um custo justamente para os mais contextos onde a resposta

corresponderam, como era ao contrário, continua em mais pobres (Unaid, 2000), 'falta de informação' (Kalichman, 1994), parte dos segmentos mais respondente descaso dos que passam a ganhar estratégias de prevenção não para outras, de alcance fundamental da ação própria história da epidemia e as estruturas necessárias infecção e da doença sejam (1995; Galvão, 2000).

grande estrela na cobertura uncover, essa espécie de de otimismo dizer que os importantes, nem menos

foi que programas com tentáveis. Uma atenção à vulnerabilidade e ao 'empowerment' de comunidades injetáveis, trabalha-

Vulnerabilidade é o termo-chave no relatório acima. 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-la 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

, se essas variáveis não são
e seus significados sociais
nalítica abstrata ao desenho
s, então não só ele se mostra
as análises de associação
ível independentes entre si;
u incorporar da forma mais
ante conjunta dos diversos
contribuir.

lo

do enfoque relacionado à
dências e determinantes da
nbém já discutido em outra
epoimento pessoal colhido
ntre Aids e adolescência sob

anos, paciente do Programa
soa, da Universidade de São
a renda da periferia oeste da
nas quais engravidou, Joyce
n conjunto de condições que
semelhantes, extremamente

mbro numa favela da
os, está debruçada na
ora da ruela de barro
o. No barraco de um
a imagem sorridente
lo na avenida vizinha.
gil? ameaçadora?) do
arro da rua, entretido

a a rua, separada dela
meio de longe, vê o
requentar por algum
do de prédios, onde,
asa, certamente maior
de Joyce encontra o de
egre dos que querem

aproveitar o resto de dia que é seu. João corresponde ao olhar sem dimi-
nuir os passos. Sorri. É retribuído. O olhar insistente de Joyce o persegue.
Desacelera o passo, resolve parar, e vai a 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 a cena acima 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 entan-
to, 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 'ina-
dequado'? Qual é o sentido prático de reduzir toda a complexidade de influências
e condições, envolvidos na cena acima descrita, apenas ao momento em que Joyce e
seu par 'decidem' ter relações sem camisinha? E mais: onde estava o risco perceptí-
vel 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 con-
formar com a falta de alternativa – da qual o risco dos comportamentos é, então,
apenas uma expressão. Trata-se de recusar essa compreensão parcial e individua-

lista 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 em função 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 bastante sólida e clara, ao interesse científico e técnico qualquer pretensão de 'baixa vulnerabilidade' porque, com cuidadosa vigilância, a contribuição não se perca no sentido pejorativo. Contudo, trabalhemos no sentido de falando exatamente quando uma primeira diferença que o risco, em contraste com as

O conceito epidemiológico que, consubstanciada no construir instrumentos teóricos, condições patológicas e outras relacionáveis (Ayres, 1997) em seus desenvolvimentos, lamento fenomenológico dependentes, e de cada um progressivamente mais rígidas relações estabelecidas. É, portanto, eleito pela epidemiologia o conhecimento objetivo.

A vulnerabilidade, com inversa. Menos que isolar. Trazer os elementos abstratos para planos de elaboração, nexos e mediações entre o conhecimento. O que, portanto, deixado 'de fora' é o que com a co-presença, a mutualidade, unívoco, o não constantemente circunscritas no tempo e diferentemente dos estudos ampliada de sua fenomenologia 'trans-regionais' de sua prática.

Em outras palavras, essas práticas que vimos marcar tiveram com base no seu sucesso.

o risco que as pessoas 'decidem', recusar também como 'convencimento' de cada indi-

; uma situação extrema que, menos visíveis, embora de freqüentemente estreita associado a poucas alternativas como necessidade.

risco-necessidade apontada por personagens igualmente amissível sem ameaçar a integridade que não trocam suas vidas; como os jovens que trabalham, cobranças; como a vida, e que nem por isso vão ser feliz correndo risco ou

particularidades

Por, a esfera de fenômenos e vulnerabilidade quer dar conta, o já seja possível, as semelhanças, o risco, no modo das preventivas.

construção do conhecimento. A pergunta não é pouco mais comum, conforme se vê de como um sinônimo de em nada seu significado e ou 'politicamente correto' último termo no campo das

como vimos, uma estreita relação 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, no sentido pejorativo. Como etapa de sua consolidação conceitual, é preciso que trabalhem no sentido de clarear e construir consensos a respeito do que estamos falando exatamente quando recorremos à expressão vulnerabilidade. Nesse sentido, 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 acima, 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 quinta-essência 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 agravo 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 um certo traço identitário específico, a vulnerabilidade quer expressar os 'potenciais' de adoecimento\não-adoecimento relacionados a 'todo e cada indivíduo' que vive 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 vemos 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 diferencia 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 dife-

rentes alvos e resultados esquematizado a seguir:

Conceito	
Grupo de risco	C
Comportamento de risco	
Vulnerabilidade	Susce

O conceito de grupo de risco refere-se ao contato entre agente infeccioso e indivíduo suscetível, conhecida, desde as práticas de prevenção, entre infectados e suscetíveis.

Quando, no campo das práticas de intervenção, o comportamento de risco é considerado, os procedimentos clássicos. O indivíduo, ao ser suscetível, passando a ser capaz de impedir sua exposição à população não é mais considerado 'indivíduo a proteger', e 'indivíduos a proteger'. Ao invés da barreira entre o indivíduo e o agressor, diretamente sobre o agressor, as práticas das pessoas, de m

A percepção, porém, de que a vulnerabilidade depende apenas da vulnerabilidade individual se conforma com as ações nas diferentes situações de exposição. Passou-se a considerar a vulnerabilidade que atingiria conseguiria modificar, de forma que precisavam ser mudadas as condições para a transformação das práticas, mas como sujeitos sociais, a vulnerabilidade, organização estrutural, organização social, ação jurídica, direitos e deveres, indissociável das ações de

Olhando com atenção para a vulnerabilidade ou estratégia subsume a ar

rentes alvos e resultados que cada uma das estratégias elege e realiza, conforme esquematizado a seguir:

<i>Conceito</i>	<i>Problema-alvo</i>	<i>Resultado esperado</i>
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 através de 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. Ao invés 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 clara 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.

Olhando com atenção o esquema anterior, vemos 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.

Voltando, então, ao nosso esquema, podemos sintetizar da seguinte forma os interesses e limites das três modalidades:

<i>Conceito</i>	<i>Interesse</i>	<i>Dificuldade</i>
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 principal efeito

para os diretamente afetados
não imediatamente afetados

O principal interesse
justamente a superação de
um problema de todo mundo
e precisava se proteger
individualizadora, contudo
também já indicamos. De
com mensagens e estratégias
políticas e econômicas e
infectar-se pelo HIV passou
práticas 'universalmente

O interesse na abordagem
percepção dos limites individuais
da falácia de uma universalidade
peso dos diferentes contextos
e criar alternativas técnicas
passaram a ser claramente
e sim como efeito de relação
social. Havia que se discriminar
não por algum traço identitário
em relações e situações de
universalizar o compromisso
da particularização das ações

As dificuldades inauguradas
são pequenas ou simplesmente
continuar promovendo um
não mais pelo estigma, mas
totalmente fundada. Quando
tão vulneráveis, coitadas
Assumir uma tal atitude de
do conceito; é de novo por
sentido, universalmente in

Essa dimensão relacional
enfoque da vulnerabilidade
dificuldades. Trata-se de
e complexidade da apreensão
De fato, trabalhar pela prevenção
tarefa impossível se ela tiver
de gênero, discriminação

Profª Dra Aldaísa Cassanho Forster
 Depto. de Medicina Social - FMI/Unicamp
 Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde

os problemáticos, sustenta o
 al e, ao mesmo tempo, inau-

conceitos e estratégias como
 o definitiva para as ações
 enção nasceu de processos
 los a suas origens. O melhor
 limites para poder lidar com
 om nossas referências éticas

etizar da seguinte forma os

Dificuldade
Estigma; discriminação Negligência
Intervenções inespecíficas Culpabilização individual
Vitimização; tutela Ampliação paralisante

em a vantagem de estabele-
 nente certos segmentos
 o-geral'. Foi assim com os
 exemplo, com os sintomá-
 para tuberculose em nosso
 muito operacional. Toda vez
 critério fixo, ficará também
 minados.

entificar um sintomático
 (BK) no escarro. Contudo,
 ões igualmente diferentes.
 n algumas raras exceções,
 pela definição de grupos
 ávida demais e repleta de
 distribuição de incidências,
 nalidade e temor, tiveram,
 ção como principal efeito

para os diretamente afetados pela epidemia e negligência e descaso em relação aos
 não imediatamente afetados.

O principal 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 claramente 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., etc. 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 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, claro, 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 qual 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: entrar nas possibilidades, devemos ser postas em prática. Vejamos, será um do HIV entre usuá-los ser alcançado?
- Operacionalidade: possibilidades m que pode ser defi ser bastante inte discussão do us centrados nos s frequentadores c
- Progressividade: a fazer estes patamuito conserva pensarmos, ainda efetivo e operacio temporais não po comum fazermos curto prazo. Os como círculos co determinação das de suas mútuas r curto prazo, aos podem, assim, se prazo, servir de partes-todo são a

Um quarto princípio, modo, quase um press monitoramento de objeti efetivo e operacional, e diretamente proporciona envolvidos nessas escolha na promoção desses proc lograrem estabelecer com sua ação com as respost sempre caminhando, ser

simplesmente cruzar os
ou nossa coragem, nós
do. Vejamos o que uma
enfrentar as dificuldades

de neutralizar as dificul-
mente apontadas. Só nos
, enfrentar esses limites;
explorado, são poucos os
ncias à vitimização ou à
es colhidas de experiên-
da prevenção à Aids, em
ar sistematizá-las, menos
ores para suas próprias

precisam ser modificados
o controle da epidemia
ciocinando em termos de
to animadores. A tarefa
de forças sociais. Além
feito e de qual serão os
e mudar radicalmente o
quetel ou como pode vir
no plano da técnica.

idade menos como um
uma forma de raciocínio
pretende controlá-la
e o caráter complexo e

dinâmicos e criteriosos
ambiciosa e realista. Por
e apreciação de possíveis
mente, 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. Vejamos, 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. Por exemplo, 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 freqüentadores desses espaços, será interessante adotar já essa estratégia?
- **Progressividade:** se nos atemos ao efetivo e operacional e não nos dispomos a fazer estes patamares se moverem continuamente, então tenderemos a ser muito conservadores em nossas propostas. É preciso, o tempo todo, pensarmos, ainda que com as limitações acima 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 a partir de 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 num certo ponto do tempo e 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 esse ensaio, 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 no item 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 quadro conceitual da vulnerabilidade, o desenvolvimento de ações de avaliação de programas e projetos é bem claro que, por sua origem teórica ou método de planejamento, a disciplina do pensamento não pode mais substituí-los. Parece-nos que a ênfase no relacional, recuando os objetos e pode estabelecer um planejamento, avaliação e

Instrumentos técnicos da vulnerabilidade' não são a virão a ser. Contudo, é fato que a prevenção, especialmente as inovadoras e afinadas com o mais seguro, mobilizações etc (Mesquita & Bastos, 1995) deslocamentos tecnológicos ainda que muitos como t pressupostos e métodos de vulnerabilidade e aqueles de redução de risco, confo

<i>Alvo</i>
Finalidade
Meios
Processo educativo
Base institucional
Agentes privilegiados
Resultado esperado

As abordagens de redução de risco individual para o plano de suas intervenções. Nesse sentido, para além da tarefa de alertar os sujeitos sociais sejam alert

No que se refere ao campo da intervenção, parece claro 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 claro 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, recusa ao tecnicismo e assunção da dinamicidade de seus objetos e pode 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 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 a partir das estratégias de redução de risco, conforme quadro sintético a seguir:

<i>Alvo</i>	<i>Indivíduos expostos</i>	<i>Populações suscetíveis</i>
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 a partir do 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 intersetorial 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 menos claros 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 um certo tempo, elas terão mudado seus comportamentos numa 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 frente aos 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 da necessidade de uma legislação de danos entre usuários de drogas sobre as relações de gênero ainda. Tomar consciência do dado contexto, isto é, assunção de nossas identidades, e técnicas de atuação.

Para concluir, no plano da vulnerabilidade também se reclamam contribuições dos estudos de vulnerabilidade que são um constante nó da mesma do conhecimento particularizador que esse tipo de aplicação da epidemiologia das análises de risco – os métodos epistemológica das relações de saúde coletiva, o quadro dispositivo para subsidiar notáveis progressos dos especialmente a *fuzzy logic*.

É no pólo oposto ao das significativas as perspectivas. Com efeito, ao se colocar a aplicação esta substantivação relacionais das práticas condições muito favoráveis (Gadamer, 1996a, 1996b) a novidade é muito bem-vinda biomédicas com as ciências hermenêutica estabelecer e das técnico-ciências e os posta em movimento no co

Referências Bibliográficas

- ALTMAN, D. *Poder e Comunicação*.
Janeiro: Relume-Dumará, 1996.
ALVES, J. A. L. *Os Direitos*

políticos que os mantêm
ais que ser informadas, é
izem para que as situações
um de fato transformadas.
fundamental nos processos
ficar preso às tendências
igma comportamentalista.
orrer para que as pessoas
açam sentido para elas, se
que permitam superar as

o que as ações de redução
cionais se as mantivermos
setorial é fundamental.
articular também as áreas
es de melhores resultados

ocial coloca no centro da
com seu saber e recursos
preender e lidar com os
dos. É bom que se repita
cional e complexifica suas
das estratégias. O técnico
um mediador do encontro
os de que uma sociedade
ir sua saúde.

dução de vulnerabilidade
um dos aspectos menos
s, está promovendo um
ervenções, que nos parece
e saúde e a construção de
e se nós, profissionais da
n certo tempo, elas terão
vel. Na verdade, o que a
multaneamente, é que tal
eu entorno. As mudanças
çamos e construímos pos-
em seu entorno, de modo
nte da transformação de
ndo 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 frente ao 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 concluir, 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 Bibliográficas

- 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 Placenta*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.
- GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a história social*. São Paulo: Abia/Ed. 34, 2000.
- GOROVITZ, S. *Reflections on the Aids Epidemic: Poverty, Vulnerability, and the Future*. Geneva: Cioms, 1994.
- GRANGEIRO, A. O perfil social da Aids. In: PARKER, R. et al. (Orgs.) *Aids: a história social*. São Paulo: IMS-Uerj, 1994. (História Social da Aids, 3)
- GUPTA, G. R. *Strengthening the Aids Response*. Cambridge: II International Conference on Aids, 1994.
- HEYZER, N. *The Balancing Act: Aids and Globalization*. Nova Delhi: Sage Publications, 1996. (International Lectures on Aids, 1)
- KALICHMAN, A. O. *Vigilância e Prevenção da Aids: conceitos e práticas*, 1993. 1. ed. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 1993.
- KALICHMAN, A. O. *Pauperes Aids: a história social da Aids*. São Paulo: IMS-Uerj, 1994.
- MANE, P. *Report on Track I: Aids and the Future*. Geneva: II International Conference on Aids, 1994.
- MANN, J. & TARANTOLA, D. *Aids: the social context*. New York: University Press, 1996.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. *Aids: the social context*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.
- MANN, J. et al. *Health and Aids: the social context*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MESQUITA, F. & BASTOS, F. I. *Aids: a história social*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PAIVA, V. *Fazendo Arte com a Aids*. São Paulo: Summus, 2000.
- PARKER, R. *Empowerment, Aids and the Future*. Vancouver, XI International Conference on Aids, 1994.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS epidemic. *Global Aids Report*. Geneva: UNAIDS, 1994.
- VILLELA, W. *Oficinas de Saúde: a história social da Aids*. São Paulo: Hucitec, 1994.

reflexões sobre a ciência
EPIDEMIOLOGIA SOCIAL DA

emos ser: a vulnerabilidade
e drogas, DST e Aids entre
Papel da Educação na Ação
Paulo: Fundação para o

ST/Aids e abuso de drogas
D. et al. (Orgs.) *Papel da
DST/Aids*. São Paulo:
Série Idéias, 29)

ologia. São Paulo: Hucitec,

a escola e a construção de
a Cidadã no Contexto da

de. *Ciência e Saúde Coletiva*,

s de aids. In: BARBOSA, R.
direitos, identidade e poder.

ena contemporânea. Rio de
Social da Aids, 6)

v concepts from action. In:
tion Policies Reconsidered:
niversity Press, 1994.

ça. In: MONTEIRO, C. A.
país e suas doenças. São

Ciências: o discurso médico
á/Abia/IMS-Uerj, 1994.

do risco em epidemiologia
91-100, 1996.

MP, D. (Ed.) *Aids: cultural*
1988.

ão Paulo, *O Estado de São*

e hermenêutica filosófica.

tific age. Stanford: Stanford

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)

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.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV / AIDS (UNAIDS). Report on the global HIV / AIDS epidemic. Geneva: Unaid, 2000.

VILLELA, W. *Oficinas de Sexo mais Seguro para Mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação*. São Paulo: Nepaids, 1996.