

4

CONCEITOS E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO: DA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA AO QUADRO DA VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS¹

José Ricardo Ayres

Vera Paiva

Ivan França Jr.²

Um dos recursos fundamentais para intervir na saúde pública, como em qualquer área técnica, é o instrumental teórico de que dispomos. Conceitos são recursos para responder a necessidades sociais que demandam conhecimento e transformação da realidade, que serão construídas segundo os recursos materiais disponíveis, o estado da arte das ciências e tecnologias, as condições político-ideológicas vigentes e os valores éticos e morais característicos de cada época e local (ver também Pupo, nesta coletânea). Este capítulo propõe revisitar três dos principais quadros conceituais utilizados para orientação das ações preventivas da saúde pública contemporânea: História Natural da Doença/Níveis de Prevenção, Promoção da Saúde e Vulnerabilidade.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O modelo de História Natural da Doença (HND) desenvolveu-se com base em um conceito bastante relevante na conformação da

¹ Uma versão anterior deste texto foi publicada em Ayres, Paiva e França (2010).

² São membros do Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS da Universidade de São Paulo (USP) e Professores da Universidade de São Paulo: José Ricardo Ayres é Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva/FM-USP, Vera Paiva é Professora Associada do Departamento de Psicologia Social/IP-USP e Ivan França Jr. é Professor Associado do Departamento de Saúde Materno Infantil/FSP-USP.

epidemiologia moderna, no início do século XX: o conceito de *constituição epidêmica* (Creighton, 1894). Expressão formulada originalmente por Hipócrates e reaproveitada no século XVII pelo inglês Thomas Sydenham, o conceito referia-se originalmente a um conjunto de condições chamadas “atmosférico-cósmico-terrestres”, que determinava que algumas doenças se tornassem mais prevalentes em dados locais e épocas e que assumissem nessas circunstâncias certas características específicas – serem mais ou menos severas; terem sinais e sintomas mais exacerbados ou atenuados etc. O conceito ficou praticamente esquecido por cerca de 200 anos até que, no início do século XX, seguindo a linha da chamada “Patologia Geográfica e Histórica”, do médico alemão August Hirsch, o conceito foi retomado por médicos epidemiologistas da Royal Society of Medicine, de Londres. Esse grupo de epidemiologistas viu no conceito de constituição epidêmica uma forma de estudar, em conformidade com os progressos das ciências modernas, conjuntos de aspectos que determinavam o comportamento epidêmico das doenças, método que denominaram de “história natural da doença” (Hamer, 1929).

O conceito de constituição epidêmica permitiu relacionar o comportamento das doenças às observações sobre as diversas condições do meio ambiente, com base na compilação exaustiva, inter-relação e comparação sistemática de dados relativos a lugares, épocas, estações do ano, características geográficas, características populacionais etc.

Apesar de polêmico em sua época (Goodall, 1927), esse conceito teve o mérito de impulsionar a epidemiologia como ciência, delimitando a especificidade de seu campo de conhecimento em relação ao de outras disciplinas próximas, como a bacteriologia e a estatística médica, ao mesmo tempo em que iniciou um produtivo diálogo com outras ciências (Ayres, 2008; Amsterdanka, 2005). As investigações sobre as constituições epidêmicas demonstravam que o estudo dos agentes infecciosos, privilegiado na abordagem dos fenômenos epidêmicos desde o advento da bacteriologia, nos anos 1870, era insuficiente para explicar o comportamento epidemiológico das doenças. Indicavam também a relevância de integrar diversas áreas de saber para produzir conhecimentos sobre a incidência, prevalência, distribuição, morbidade e mortalidade das doenças. O conceito de constituição epidêmica foi sendo criticado e transformado, até ser completamente substituído pela noção atual de HND (Gordon, 1953).

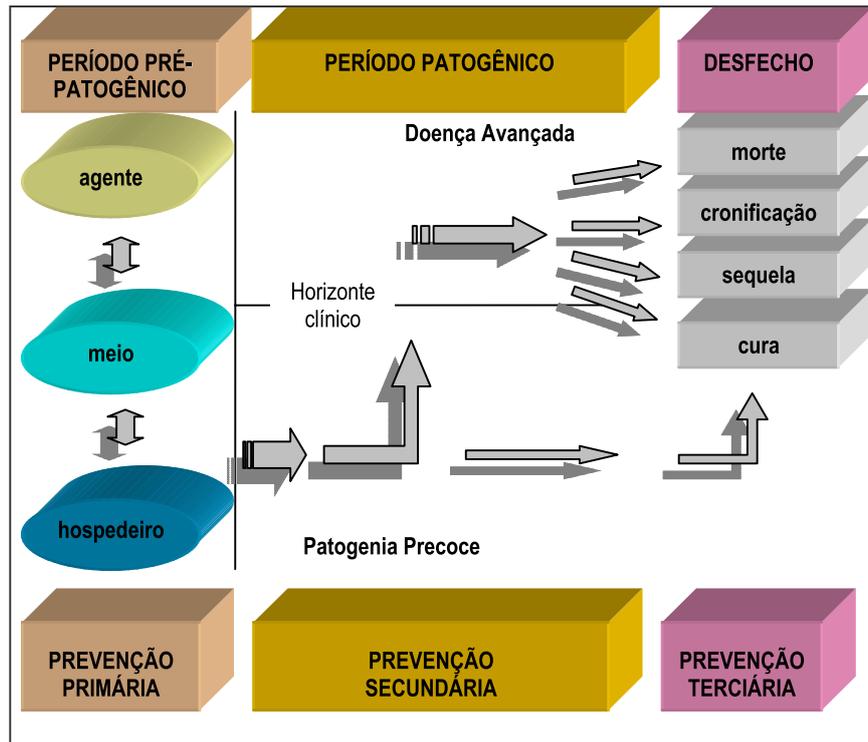
Nos Estados Unidos, William Harvey Perkins definiu a HND como cadeias causais resultantes das interações entre o meio ambiente,

agentes agressores de diversas naturezas, inclusive sociais e psicológicas, e o organismo humano. Perkins defendeu e sistematizou a proposta de que se devia ampliar a investigação etiológica para períodos prévios e espaços exteriores aos processos anátomo-fisiopatológicos e de que ações de prevenção fossem desenvolvidas ao longo de todo esse processo, desde os fatores causais relacionados à doença até os diferentes momentos do seu curso clínico (Perkins, 1938). John E. Gordon, da Harvard School of Public Health, introduziu o conceito de “tríade ecológica”, ressaltando as mútuas e dinâmicas interações entre os aspectos causais das doenças, e classificou analiticamente esses aspectos em fatores relativos ao hospedeiro, agente e meio (Gordon, 1953). Dando sequência a esses desenvolvimentos, Edwin Clark, da Columbia University, e Hugh Leavell, da Harvard School of Public Health, propuseram nos anos 1950 o modelo de HND que se tornaria a referência definitiva no assunto (Leavell & Clark, 1958).

Com o conceito de HND, Leavell e Clark postulam a superação dos limites disciplinares entre clínica médica e saúde pública e entre medidas curativas e preventivas. Demonstram que a prevenção deve estar presente em todos os momentos em que seja possível algum tipo de intervenção que evite adoecimento ou suas consequências, compondo diferentes *níveis de prevenção* (NP), desde transformações de condições ambientais e sociais que predisponham ao surgimento dos agravos até a redução dos seus piores efeitos sobre aqueles que já adoeceram. Para sustentar essas posições, adotam a tese da multicausalidade das doenças. Segundo essa tese, o conhecimento e intervenção sobre os determinantes das doenças exige uma construção interdisciplinar, com contribuições das ciências biomédicas e humanas, sob a mediação do método epidemiológico e das técnicas de análise estatística.

O modelo HND/NP permite distinguir analiticamente dois períodos envolvidos na gênese e desenvolvimento dos adoecimentos: o pré-patogênico, que se refere aos determinantes que potencializam o surgimento da doença, e o patogênico, que diz respeito às evoluções possíveis da doença em curso. No período pré-patogênico, distingue três grupos de determinantes, relativos ao agente, ao hospedeiro e ao meio. Além disso, permite orientar as diferentes oportunidades de prevenção que se abrem a cada momento da evolução de uma doença, agrupadas em três fases (Figura 1), desdobradas em cinco níveis de prevenção.

Figura 1 – Esquema gráfico do modelo teórico de História Natural da Doença e Níveis de Prevenção



Fonte: Adaptada de Leavell e Clark (1958).

A **prevenção primária** está relacionada aos determinantes de adoecimentos ou agravos, de modo a evitar que os processos patogênicos se iniciem (período pré-patogênico). Diz respeito à intervenção sobre os agentes patógenos e seus vetores, sobre os hospedeiros – indivíduos e comunidades – e sobre o meio que os expõe a esses patógenos. Subdivide-se em dois níveis: *a promoção da saúde* refere-se a ações que incidem sobre melhorias gerais nas condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades, beneficiando a saúde e a qualidade de vida de modo geral, obstaculizando diferentes processos patogênicos, como educação em saúde, melhoria das condições de saneamento, moradia, trabalho etc.; *a proteção específica* refere-se a ações voltadas apenas para determinadas doenças ou agravos, como na vacinação, por exemplo.

A **prevenção secundária** atua já no período patogênico, isto é, nas situações onde o processo saúde-doença está instaurado. Ela visa propiciar a melhor evolução clínica para os indivíduos afetados, conduzindo o processo para desfechos favoráveis, e também interromper ou reduzir a disseminação do problema a outras pessoas. Para atingir esses objetivos, são definidos mais dois níveis de prevenção: o *diagnóstico precoce e tratamento imediato* e a *limitação de incapacidade*.

A **prevenção terciária** refere-se, finalmente, ao momento em que o processo saúde-doença alcançou a cura com sequelas ou a cronicidade. Nesse plano, o objetivo é conseguir que as limitações impostas pela condição provocada pelo adoecimento ou agravamento prejudiquem o mínimo possível o cotidiano e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afetadas.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Desde os anos 1970, a promoção da saúde passou a ser expressão de um poderoso movimento de ideias e ações para a renovação das práticas de saúde, guardando relações com o nível primário de prevenção do modelo HND/NP, mas introduzindo mudanças significativas. A reconstrução do conceito de promoção da saúde é um dos mais expressivos exemplos desse processo, porque expandiu o alcance das ações originalmente associadas a esse nível e porque buscou modificar seus fundamentos e métodos. Essa “nova Promoção da Saúde” (NPS) tem como marco fundador o conhecido Relatório Lalonde, de 1974, assinado pelo então Ministro da Saúde do Canadá (ver, nesta coletânea, Tunala). O Relatório questionava o modelo de atenção à saúde daquele país, dispendioso e pouco eficaz na melhoria das condições de saúde da população, concluindo que as ações de saúde estavam excessivamente centradas na prática hospitalar e nos determinantes biológicos do adoecimento e que maior atenção deveria ser dada ao meio ambiente e aos estilos de vida.

Em 1978, a 1ª Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), reforçou a importância das práticas de prevenção e atenção primária, especialmente no que se refere ao nível da promoção da saúde, consagrada na Declaração de Alma Ata (WHO & UNICEF, 1978). As propostas da NPS foram, então, impulsionadas pelas subsequentes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde – Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997;

México, 2000; Bangkok, 2005; e Nairóbi, 2009. Essas conferências, que reuniram técnicos, gestores, políticos e ativistas, foram consolidando conceitos e estratégias orientados para a melhoria das condições de saúde das populações em todo o mundo, especialmente entre os mais pobres. É possível sistematizar o resultado dessas conferências em sete princípios orientadores das políticas a serem desenvolvidas pelos países signatários (Sicoli & Nascimento, 2007):

1. **Concepção integral de saúde.** A saúde é entendida como bem-estar físico, mental, social e espiritual, dizendo respeito não a grupos de riscos, mas à população como um todo, e não apenas a questões médicas, mas a necessidades relacionadas ao bem-estar no dia a dia dessas populações.
2. **Intersetorialidade.** Para responder às necessidades de saúde em sua concepção integral é necessária a articulação de diferentes setores de atividade social, envolvendo ações de legislação, de tributação e controle fiscal, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc.
3. **Empowerment.** Trata-se da idéia de que é preciso que os indivíduos tenham poder para transformar as diversas situações sociais que restringem ou ameaçam sua saúde, o que remete a questões como direitos de cidadania, apoio jurídico, autoestima, suporte social etc.
4. **Participação social.** De modo articulado ao *empowerment*, espera-se que a definição de prioridades para a promoção da saúde e dos meios mais adequados para alcançá-las sejam fruto de discussões e ações coletivamente construídas. Isso requer a produção e circulação democrática das informações e o desenvolvimento de canais acessíveis de participação política.
5. **Equidade.** Objetivos e métodos para a boa saúde não são universais, mas reclamam políticas assentadas no reconhecimento das desigualdades para que se possa alcançar a justiça em termos de distribuição dos recursos para saúde.
6. **Ações multiestratégicas.** Assume-se que saberes e ações de natureza diversa devem contribuir para interferir nos processos de saúde-doença. Para a NPS, o elenco das disciplinas a serem envolvidas e o papel de cada uma delas não

estão dados *a priori*, mas dependem dos processos políticos em que se busca construir equitativamente respostas para as necessidades de saúde.

7. **Sustentabilidade.** Diz respeito, de um lado, à necessidade de que as políticas de promoção de saúde estejam sinergicamente articuladas com o princípio de desenvolvimento econômico sustentado, isto é, um desenvolvimento produtivo que não consuma de modo predatório os recursos naturais e socioculturais das populações. De outro lado, aponta para o esforço de captação duradoura de recursos materiais e construção de legitimidade e governabilidade dessas propostas, garantindo sua continuidade e efetividade.

Em suma, a promoção da saúde deixou de ser entendida como um dos momentos de organização técnica das ações de prevenção primária e passou a ser entendida como uma proposta política que atravessa cada uma das fases e níveis de prevenção definidos no modelo de HND/NP, buscando reconstruir suas bases e seus métodos. O sentido mais fundamental dessa reconstrução pode ser resumido como a politização e busca de intensificação do diálogo dos diversos saberes científicos e técnicos com os valores de indivíduos e comunidades em sua vida cotidiana, de forma a que estes aumentem progressivamente o seu controle sobre os determinantes dos processos de saúde-doença, do cuidado de saúde a que têm acesso e da sua qualidade de vida.

Apesar da significativa aceitação de seus princípios, a NPS enfrenta ainda grandes desafios para sua consolidação. Polland (2007) analisou sucessos e fracassos nos cerca de 20 anos em que essa política vem sendo adotada no Canadá. Como sucessos, o autor apontou a redução do tabagismo, a descentralização e regionalização do planejamento das ações, com maior autonomia das instâncias municipais, a maior penetração da preocupação com a promoção da saúde em instituições hospitalares e a formação de um grande contingente de profissionais no tema. Como fracassos, apontou a crescente diferença entre ricos e pobres quanto a indicadores econômicos, sociais e de saúde; a deterioração das condições de moradia de segmentos sociais marginalizados; o aumento da incidência de diabetes juvenil e obesidade em jovens mais pobres e a progressiva erosão dos fundos destinados a programas sociais. Ao refletir sobre as razões desses fracassos, Polland destacou o foco ainda muito individualizado da atenção à saúde e o fato de as ações de promoção da saúde permanecerem excessivamente centradas no setor saúde, nos sabe-

res biomédicos e na educação cujo objetivo é a mudança de comportamentos pessoais.

Pode-se acrescentar à análise de Polland a necessidade de se fortalecer e desenvolver quadros conceituais e estratégias práticas que, de um lado, fortaleçam o enfoque interdisciplinar e intersetorial nas proposições técnicas e, de outro lado, a participação ativa, autônoma e solidária de indivíduos e comunidades na definição de fins e meios das ações de saúde (Campos, Barros, & Castro, 2004).

É nessa direção que surge outra inovação no cenário da saúde pública mundial no final do século XX: o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade no âmbito das abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos (Mann & Tarantola, 1996). Como discutiram Gruskin e Tarantola (2008), incluídas oficialmente pela primeira vez para intervir sobre processos de produção do adoecimento justamente no caso da pandemia da Aids³, as abordagens baseadas em direitos humanos contribuíram para delinear um conjunto de princípios, normas, padrões e instrumentos que moldam políticas públicas e fortalecem a atribuição de responsabilidades. Ou seja, além de fortalecer a compreensão sobre os determinantes sociais no processo saúde-doença, como propõe o modelo da Promoção da Saúde, institui critérios para estabelecer prioridades com base nos princípios de justiça, equidade e dignidade, e para definir a quem responsabilizar pelo processo decisório sobre essas prioridades.

VULNERABILIDADE

O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção (Ayres, Calazans, Salleti Filho, & França Jr., 2006a; Ayres et al., 2006b; Mann & Tarantola, 1996; Mann, Tarantola, & Netter, 1992). Embora o termo ‘vulnerabilidade’ e algumas construções conceituais em torno dele não sejam exatamente novos, sua emergência como conceito na saúde pública contemporânea deu-se em tempo relativamente recente, no contexto da construção de respostas à epidemia de HIV/Aids. A descrição de sua aplicação no campo da Aids ilustrará o texto a seguir, embora esse quadro concei-

³ Foi incluído no plano estratégico de 1996 a 2000 da UNAIDS – o programa conjunto de Aids das Nações Unidas.

tual possa ser aplicado a qualquer agravo ou condição de relevância para a saúde pública. No item PARA SABER MAIS ao final deste texto incluiremos as referências a outras publicações brasileiras que têm abordado o conceito ao longo de mais de uma década.

A eclosão da Aids nos anos 1980 e o alarme diante da doença desconhecida desencadearam a busca de explicações por meio do instrumental epidemiológico, isto é, buscou-se discriminar características das pessoas acometidas que pudessem trazer indícios sobre sua etiologia. Estudos epidemiológicos, que foram fundamentais para a elucidação etiológica da doença, passaram a identificar os subgrupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com Aids eram significativamente maiores do que na chamada população geral. Do ponto de vista da prevenção e do cuidado à saúde, contudo, essa abordagem se mostrou limitada e até mesmo prejudicial.

O risco identificado nesses estudos foi traduzido não como uma medida de probabilidade, mas como uma condição concreta, uma verdadeira identidade social, conformando os chamados **grupos de risco**. Em decorrência, o “isolamento sanitário” de tais grupos tornou-se frequentemente a única ou principal proposta de prevenção: os supostos integrantes dos grupos de risco deveriam abster-se (ou ser impedidos) de manter relações sexuais, doar sangue ou usar drogas injetáveis. A mídia e a opinião pública se encarregaram de estender essa “quarentena” de tempo indeterminado a outros aspectos da vida social – afastamento do trabalho, da escola, da família, dos serviços de saúde etc.

Em síntese, o recurso às análises de risco permitiu à epidemiologia identificar rapidamente grupos mais afetados pela doença, mas agregou pouca informação acerca dos significados dessa distribuição de casos. No que se refere à prevenção, sua tradução na categoria grupos de risco acabou acirrando preconceitos e discriminação, tornando ainda mais difícil a situação social e clínica das pessoas já afetadas pela Aids, e deixou mais desprotegido o restante da população. O isolamento laboratorial do HIV em 1983 ajudou a mudar esse cenário. O teste diagnóstico, produzido em 1985, abriu novas possibilidades para as práticas de saúde pública. Ao mesmo tempo, a identificação do caráter pandêmico da doença também foi fundamental na mudança de cenário, ao mostrar padrões diversos de distribuição populacional dos casos: na África, por exemplo, configurava-se uma epidemia generalizada, atingindo especialmente mulheres e com padrão de transmissão predominantemente heterossexual. Esses aspectos contribuíram para a crítica e progressiva limitação da apli-

cação do conceito de grupo de risco. Foi, porém, a intensa reação do movimento gay norte-americano que balizou novas formas de ação e a proposta de substituir o isolamento sexual pela ênfase no uso dos preservativos como política de prevenção. Abstinência e isolamento foram sendo progressivamente substituídos por estratégias mais amplas de redução de risco: difusão universal de informação, controle dos bancos de sangue, estímulo e orientação geral para uso de preservativos e de práticas de “sexo mais seguro”, testagem e aconselhamento, estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis.

As estratégias de prevenção passaram, então, a enfatizar o conceito de **comportamento de risco** na orientação de suas ações e pesquisas. Essa construção deslocou a noção de risco da ideia de pertencimento a um grupo populacional na direção da identificação das práticas que expunham as pessoas ao HIV. A pesquisa no campo caminhou para uma interação mais positiva entre investigação clínica e epidemiológica e os campos das ciências humanas.

A principal vantagem dessa referência conceitual foi a possibilidade de universalização das estratégias, o estímulo ao envolvimento ativo de todas as pessoas com a prevenção e o aumento das iniciativas para mitigar o estigma associado aos grupos de maior incidência. Como contrapartida negativa, observou-se a tendência a responsabilizar exclusivamente os indivíduos pela mudança de seus comportamentos, resvalando-se facilmente para atitudes de “culpabilização”: atribui-se ao indivíduo que se infectou a responsabilidade pelo ocorrido, por supostamente não ter “aderido” a um comportamento seguro, por ter “falhado” na prevenção. Novamente grupos e movimentos organizados, como o movimento pelos direitos das mulheres e de homossexuais, criticaram esses modelos comportamentalistas e individualizantes, enfatizando que parte significativa das medidas de prevenção, como o uso do preservativo, não dependia apenas de informação e vontade pessoais, mas era condicionada por outras condições de caráter social e interpessoal: Como lidar com as diferenças de poder social e acesso ao preservativo? Como uma mulher pode portar e propor o uso do preservativo em sociedades machistas, nas quais deve ser casta, ignorante sobre o sexo e passiva? Questões como essas levaram pesquisadores, profissionais e ativistas de diversas partes do mundo a buscar compreender as bases sociais e implicações éticas e políticas por trás dos comportamentos de risco, dando origem às discussões acerca da **vulnerabilidade**.

O conceito de vulnerabilidade alinha-se em diversos aspectos com a NPS, na medida em que ambos buscam compreender e transformar

desde uma perspectiva sociopolítica os processos e determinantes descritos nos modelos de HND/NP. O enfoque da vulnerabilidade promove também um significativo rearranjo dos momentos analíticos desse modelo.

Em primeiro lugar, no quadro da vulnerabilidade assume-se que as mútuas interações entre agente, hospedeiro e meio não se limitam às condições de gênese do agravo, mas o determinam ao longo de todo o curso do processo patogênico, inclusive seus desfechos.

Em segundo lugar, o quadro busca superar a externalidade das ações preventivas na análise do processo saúde-doença. Considera-se que as características dos processos saúde-doença são diretamente determinadas pelo conjunto de saberes, tecnologias e serviços que já estão atuando na realidade estudada. A intervenção – e não apenas de prevenção, mas também de tratamento e reabilitação – já está implicada na determinação dos processos saúde-doença em função do modo como é organizada e operada. Ela não é apenas solução, ela é também parte do problema em estudo. Os processos saúde-doença são, portanto, sempre processos saúde-doença-cuidado.

Um terceiro aspecto a ser lembrado é que, no quadro da vulnerabilidade, não existe um agente que seja em si mesmo agressor. Qualquer agente – biológico, físico ou químico – só é percebido como tal frente a especificidades das características físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais de seus hospedeiros, as quais, por sua vez, dependem do ambiente cultural e sociopolítico e do contexto intersubjetivo nos quais as pessoas vivem e interagem.

Em quarto lugar, cabe destacar, como a resposta à Aids mostrou, que não há um único e necessário modo de descrever os determinantes, distribuição e desdobramentos de um processo saúde-doença-cuidado. A HND de uma doença e as formas de intervir sobre ela admitem diferentes leituras, segundo a perspectiva de quem as descreva, de que recursos científicos e tecnológicos se disponha, de que saberes e princípios ético-políticos se lance mão. O que o quadro da vulnerabilidade nos mostra é que não há uma História Natural da Doença, senão uma História Social da Doença, não só porque são sociais e históricos os conteúdos dessa História, mas porque social e histórica é também a forma de “contá-la”. A história de uma doença e das intervenções que a acompanham admite diferentes avaliações, dependendo da perspectiva teórica e, também, ético-política de quem a descreve assim como dos conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis ou que se prioriza tornar acessíveis.

Por fim, porque o quadro da vulnerabilidade é abordagem baseada em direitos humanos, ao compreender sua história social focamos, com ênfase, a *responsabilidade* e a *ação* de governos e dos programas públicos de saúde como parte integrante dos determinantes contextuais e sociais no processo saúde e doença. No Brasil, onde as respostas à epidemia da Aids se constroem no âmbito do Sistema Único de Saúde, temos recentemente discutido que essa responsabilidade está implicada desde a dimensão individual na medida em que esta é concebida como a da esfera da pessoa que é sujeito de direito – direito à saúde integral, à não discriminação, à consideração de sua condição na promoção da equidade. Governos e programas, por exemplo, devem organizar ou mobilizar o suporte especial que considere a condição da pessoa como mulher, como jovem e homossexual, como deficiente físico ou como pessoa cidadã sem recursos financeiros para circular pelas cidades; devem garantir *a todos* o acesso a insumos de prevenção ou aos serviços de atenção à saúde.

Sabemos que pessoas e grupos que não têm seus direitos respeitados e garantidos têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte (França Jr. & Ayres, 2003). Sabemos que onde há maior violação ou negligência dos direitos ao trabalho e à moradia decentes, ao acesso a serviços de saúde de qualidade, à educação, ao lazer, a constituir família e viver a sexualidade como cada pessoa a define, encontramos maior vulnerabilidade ao HIV e à Aids. Sabemos que onde se observam violações de direitos humanos das pessoas afetadas pelo HIV – testagem obrigatória, prisão de pessoas portadoras do HIV, violência contra as famílias afetadas pela Aids, negação de direitos de propriedade, à alimentação de qualidade, ao direito de ir e vir, ao casamento e do direito à atenção em saúde de qualidade, os esforços de prevenção e controle da epidemia têm muito menos impacto (Gruskin & Tarantola, 2008).

O quadro dos direitos humanos oferece, portanto, um ponto de referência para a análise da epidemia porque identifica situações potenciais de vulnerabilidade. Por outro lado, o crescimento da epidemia da Aids pode oferecer marcadores da violação de direitos e um guia para planejar ações se identificarmos populações e grupos que tendem a ser discriminados, a ter seus direitos violados (ver, nesta coletânea, o texto de Paiva sobre Cenas). Para identificarmos e superarmos a vulnerabilidade social, individual e programática ao HIV e à Aids começamos por considerar cada pessoa como sujeito de direitos e examinamos o quanto e como os governos regulamentam, respeitam, protegem e efetivam os direitos consagrados nas definições de cidadania de cada local, assim como no con-

texto legal e político nacional⁴. Na perspectiva da vulnerabilidade, as dimensões individuais, sociais e programáticas – políticas, serviços, ações de saúde – de qualquer processo saúde-doença-cuidado serão identificadas e inter-relacionadas pelos sujeitos que de alguma forma estão implicados nesse processo e buscam compreender o que ele significa.

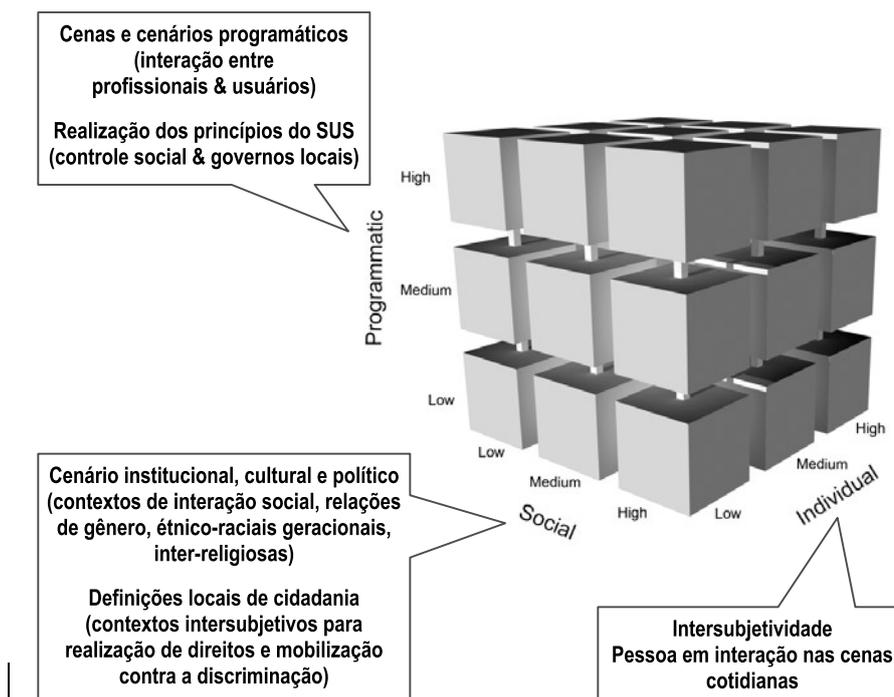
A qualidade do processo é sempre preciosa nas abordagens baseadas nos direitos humanos para a redução da vulnerabilidade. As interações, expressão viva de cada processo, merecem especial atenção nas suas três dimensões. Além do interesse nos marcos normativos de um país, da compreensão de seus padrões culturais, das suas instituições e das estruturas (ver Parker & Aggleton, nesta coletânea), será importante apreender a *dinâmica* da vida cotidiana e de sua organização social. Por exemplo, para os processos de trabalho no quadro da vulnerabilidade será mais produtivo levar em conta a religiosidade viva em cada igreja ou terreiro, ou experimentada por cada pessoa, do que considerar os discursos oficiais de sacerdotes e os dogmas religiosos dos textos sagrados (ver Sousa, Santos, Almeida, & Paiva, nesta coletânea; Paiva, Ayres, & Gruskin, 2010). Melhor que abordar os traços gerais da desigualdade será compreender a concretude das relações de gênero e raciais, de classe e de geração em cada cena da vida cotidiana, com interesse no modo como em cada local (município, comunidade, rede de relações) a desigualdade está sendo experimentada pelos brasileiros⁵.

⁴ Lembrando que, se os direitos humanos são o marco institucional das relações sociais, seus limites (por exemplo, a ilegalidade do casamento entre pessoas do mesmo sexo) ou a sua violação expressam as possibilidades de transformação. Jovens homossexuais são ilegalmente discriminados no contexto escolar e o programa “Brasil sem Homofobia” tem tentado dar conta dessa violação de direitos; ao mesmo tempo, será importante observar se suas práticas são consideradas nas informações sobre prevenção sobre a transmissão sexual do HIV nas escolas, se seu direito à informação não está sendo negligenciado. O envolvimento de centenas de jovens negros no programa “Brasil Afro-Atitude” tem apoiado a participação direta das pessoas afetadas pelo racismo na inovação dos programas de prevenção.

⁵ Uma jovem seringueira no Amazonas não realiza sua cidadania e o direito à prevenção do mesmo modo que jovens gaúchas que frequentam a universidade; a experiência com uma gravidez indesejada de uma esposa cristã praticante será distinta da gravidez indesejada de uma mulher sozinha que já sustenta seus filhos e “ficou com uma paquera do baile”. Todas essas mulheres, eventualmente, farão o pré-natal, se convencidas pelo discurso do setor da saúde que define uma gravidez saudável como aquela acompanhada pelo pré-natal e os governos locais respeitarem e promoverem seus direitos reprodutivos no local onde moram. Por outro lado, individualmente podem manter atitudes distintas diante das normas que proíbem o aborto ou frente ao discurso da prevenção que insiste no uso do preservativo em todas as relações sexuais. Em síntese, no município onde moram, ao viver sua religiosidade e realizar sua sexualidade no cenário específico de suas cenas sexuais encarnam contextos intersubjetivos distintos.

Uma síntese do modo como tais dimensões podem ser exploradas e articuladas nos estudos de vulnerabilidade é proposta na Figura 2, a seguir. A figura sintetiza elementos-chave para identificar e entender a vulnerabilidade dos indivíduos e de grupos sociais ao HIV e à Aids. A tridimensionalidade do diagrama enfatiza a inseparabilidade das três dimensões analíticas da vulnerabilidade acima discutidas e como em cada situação concreta há diferentes maneiras e intensidades em que aspectos (inter)subjetivos, contextuais e programáticos podem se combinar. A sinergia das três inextricáveis dimensões da vulnerabilidade é a dinâmica que precisa ser considerada para tornar os conceitos da prevenção e da promoção da saúde mais realistas, pragmáticos e eticamente orientados.

Figura 2 – Dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade: dimensões necessariamente implicadas



Fonte: Adaptada de Mann et al. (1992).

Análises da **dimensão individual** da vulnerabilidade tomam como ponto de partida a concepção do indivíduo como ser em relação. Parte-se do princípio de que toda pessoa pode experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da sua constituição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano. É especialmente esse último aspecto que desafia a compreensão das diferentes intensidades e processos de vulnerabilidade. Sem desconhecer a importância dos aspectos estritamente biológicos, privilegia-se apreender a dimensão individual da vulnerabilidade na totalidade conformada pela dinâmica psicossocial expressa no grau e qualidade da informação de que uma pessoa dispõe, nos modos como elabora essas informações e no poder que tem para incorporá-las às suas práticas cotidianas, ou seja, dinâmica que realiza as condições materiais e socioculturais de que dispõe para transformar essas práticas. Diversamente de outras abordagens epidemiológicas e sociocognitivas mais tradicionais na literatura acadêmica, os aspectos considerados não são apenas atributos individuais (tais como motivos, atitudes, conhecimentos e práticas) ou os fatores que foram concebidos teoricamente e associados probabilisticamente aos desfechos em estudo (por exemplo, “aderência ao tratamento” ou “uso consistente de preservativo”). A vida cotidiana não espelha tipos ideais construídos e categorizados em estudos populacionais – como se discutirá com mais detalhes em vários outros capítulos desta coletânea. No quadro da vulnerabilidade, o indivíduo é compreendido como *intersubjetividade* e como ativo coconstrutor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem, então, ser remodeladas para garantir o “comportamento saudável”. Lembramos que o princípio da participação e do controle social⁶ depende da ação concreta de pessoas que se reconheçam e sejam reconhecidas como cidadãs plenas, como sujeito de direitos.

Ao analisar a dimensão individual da vulnerabilidade concebe-se essa dimensão, portanto, como a esfera do sujeito-cidadão (Paiva, 2002). Cada trajetória pessoal e psicossocial depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder que podem ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais. Ou seja, as pessoas em cena, como sujeitos de seus cotidianos, lidam diariamente com discursos e valores conflitantes, bem como desejos pessoais conflitantes, construídos ao longo do processo de socialização e acessados através de redes sociais, relações comunitárias e familiares, redes de amizade

⁶ No quadro da vulnerabilidade preferimos a noção de participação e controle social à noção de *empoderamento*, mais comum nas abordagens da Nova Promoção da Saúde, especialmente das abordagens que focalizam estilos de vida e mudança de comportamento. Sobre essa discussão, ver Paiva (1996).

e no espaço profissional, que são também dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos.

Aspectos a serem considerados na compreensão da dimensão individual, social e programática da vulnerabilidade estão sintetizados na Tabela 1. Como discutido em outro texto (ver, nesta coletânea, o texto de Paiva sobre Cenas), para identificarmos e superarmos a vulnerabilidade social, individual e programática ao HIV e à Aids começamos por considerar **o plano individual** onde cada pessoa é concebida como sujeito de direitos, para depois identificar que aspectos da sua vida (físicos e psicossociais observados na dinâmica de sua vida cotidiana) as expõem à infecção ou ao adoecimento. Examinamos, então, o quanto e como os governos regulamentam, respeitam, protegem e efetivam os seus direitos, e, por fim, o quanto e como sua condição social exigiria ações específicas que promovam a equidade, que as apoiem para lidar com processos de estigmatização e discriminação que, sabemos, contribuem para reproduzir cotidianamente a desigualdade social e, portanto, aumentam a vulnerabilidade **social e programática** à infecção pelo HIV e à Aids.

Como vemos na Tabela 1, a análise dos aspectos individuais já reclama outras avaliações que não podem ser respondidas exclusivamente nessa dimensão. Acesso à informação, os significados que esta adquire frente aos valores e experiências das pessoas, as chances de colocá-las em prática, tudo isso remete às relações sociais em que se inserem. A **dimensão social** das análises de vulnerabilidade busca exatamente focar esses aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais. Nessa dimensão, há vários aspectos a se considerar, tais como as relações econômicas, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as crenças religiosas e a religiosidade viva, a pobreza, a exclusão social ou os modos de inclusão que mantêm a desigualdade.

 Tabela 1 – Quadro da vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde	Liberdades	Elaboração de políticas específicas

Trajatória pessoal	Mobilização e participação	Aceitabilidade
Recursos pessoais	Instituições e poderes	Sustentabilidade
Nível de Conhecimento	Relações de gênero	Articulação multissetorial
Escolaridade	Relações raciais e étnicas	Governabilidade
Acesso à informação	Relações entre gerações	Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade
Relações familiares	Processos de estigmatização	Acesso e Equidade
Redes de amizade	Proteção ou discriminação sistemática de direitos	Integralidade
Relações afetivo-sexuais	Acesso a:	Integração entre prevenção, promoção e assistência
Relações profissionais	emprego/salário	Equipes multidisciplinares/enfoques interdisciplinares
Rede de apoio social	saúde integral	Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes
Subjetividade Intersubjetiva	educação/prevenção	Compromisso e responsabilidade dos profissionais
Valores (em conflito?)	justiça	Participação comunitária na gestão dos serviços
Crenças (em conflito?)	cultura	Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços
Desejos (em conflito?)	lazer/esporte	Responsabilidade social e jurídica dos serviços
Atitudes em cena	mídia/internet	
Gestos em cena		
Falas em cena		
Interesses em cena		
Momento emocional		

Os serviços de saúde, partícipes dessa realidade, estão atentos às relações entre os diversos contextos sociais locais e a dinâmica do processo saúde-doença observados em seu território? Estão propiciando a construção de respostas capazes de problematizar e superar essas relações? Essas são as questões que a **dimensão programática** das análises de vulnerabilidade procura responder. É preciso saber como as políticas e instituições, especialmente aquelas de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura, atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seus contextos.

Quatro componentes da análise do processo saúde-doença com base nos direitos humanos têm contribuído, em especial, para o exame crítico da vulnerabilidade programática. Gruskin e Tarantola (2008 e neste volume) assim os descreveram: (1) a **disponibilidade dos serviços**,

que devem existir em quantidade suficiente para dar conta dos determinantes sociais da saúde; (2) a **acessibilidade dos serviços**, que devem ser fisicamente acessíveis, não devem discriminar e devem garantir informação completa e baseada em evidências, ou seja, em reflexões teóricas e sobre o sentido ético-político que nos permitam avaliar o que fazemos, rever e repensar as técnicas e práticas em saúde (ver também discussão sobre “evidências” em Diniz, nesta coletânea); (3) a **qualidade dos serviços**, que, além de serem acessíveis, devem contar com profissionais qualificados e remunerados de modo justo, com insumos e equipamentos de qualidade, além de adequadas condições sanitárias e de segurança, garantindo o acesso à saúde de populações socialmente mais vulneráveis (nesse caso, ao HIV e à Aids). Devem garantir transparência na execução e na responsabilização dos gestores; (4) a **aceitabilidade dos serviços**, ou seja, além do respeito à ética de cuidados médicos deve-se respeitar os valores e a tradição cultural das pessoas. Gruskin e Tarantola (2008) chamaram a atenção para o fato de que na literatura internacional⁷ não se encontram quase referências à aceitabilidade dos programas.

A qualidade do processo e a participação dos grupos e das pessoas afetadas, concebidas como cidadãs-usuárias das ações de saúde, são fundamentais para garantir a qualidade dos serviços e, especialmente, a aceitabilidade de qualquer ação de prevenção ou Cuidado, como se discute em outros capítulos deste volume e coletânea (Paiva; Gruskin e Tarantola). A abordagem emancipatória e multicultural dos direitos humanos, tal como proposta por Boaventura S. Santos (1997) e discutida com mais detalhes em outro capítulo deste volume (Paiva), propõe a hermenêutica diatópica como referência interessante para garantir a participação e a aceitabilidade.

Ao ocupar-se dos significados e implicações das relações sociais e das conformações programáticas para a diversidade e, especialmente, para a iniquidade das possibilidades de adoecer, o quadro da vulnerabilidade depende dessa sua aproximação com a abordagem da saúde baseada nos direitos humanos, sejam civis e políticos, sejam econômicos, sociais e culturais (Gruskin & Tarantola, 2001). E, como vimos, além desse plano macroestrutural de análise e ação, há que se considerar a situação de cada indivíduo ou grupo social na sua situação de sujeitos de direito. Só assim, como profissionais de saúde, podemos compreender e ajudar a transformar a vulnerabilidade desses sujeitos na concretude e

⁷ A revisão dos autores incluiu os documentos de organismos internacionais, como UNAIDS, Fundo Global, PEPFAR, Banco Mundial e diversos documentos sobre programas nacionais.

singularidade do cotidiano de cada um (Ayres et al., 2006a; Paiva et al., 2007; Paiva, 2005). O foco na intersubjetividade e nas interações na vida cotidiana estimula conversas nos espaços de cuidado e prevenção, assim como um planejamento de ações técnicas de âmbito mais estrutural e cultural (ver Parker & Aggleton, nesta coletânea) que considerem essa inseparabilidade das três dimensões analíticas. Ou seja, permitirá que todos (profissionais e cidadãos envolvidos) reconheçam no cotidiano de *cada pessoa* as três dimensões da vulnerabilidade vivamente integradas a cada contexto intersubjetivo – seja por meio de conversas sobre o cotidiano nos serviços de saúde ou sobre os diferentes espaços da vida social onde se pode observar a promoção e proteção do direito à saúde, à não discriminação e à participação.

Por fim, o conhecimento necessário para lidar com situações de vulnerabilidade na saúde pública, em cada dimensão analítica, dependerá bastante do diálogo entre diferentes áreas da ciência e, também, com o saber prático, mais especificamente com o conhecimento sobre o cotidiano produzido pelas pessoas diretamente afetadas pela doença ou agravo a ser prevenido ou tratado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta jornada, esperamos que tenha ficado claro o quanto são complexos os conhecimentos de que necessitamos para desenvolver boas práticas de saúde pública. Vimos que o adoecimento é um processo dinâmico, que envolve determinantes biológicos e comportamentais, sociais e psicossociais, técnicos e políticos que influenciam já desde as condições que possibilitam seu surgimento, evolução clínica e desfecho até as diferentes formas como podemos responder a eles.

O modelo de HND/NP foi o resultado de uma série de esforços conceituais para sistematizar e articular os conhecimentos científicos sobre as múltiplas dimensões envolvidas no processo de adoecimento, subsidiando e atualizando nossa capacidade de identificar os determinantes e pontos estratégicos para agir preventivamente.

A partir dos anos 1980, o movimento da NPS reforça a importância de que não apenas a prevenção da doença, mas a melhoria da qualidade de vida no sentido de bem-estar pessoal e social, seja tomada como tarefa da saúde pública. Para isso, deixa claro que é preciso que não apenas os técnicos da saúde, mas os indivíduos e comunidades, de modo geral, e os governantes e gestores em particular participem ativamente da

identificação de metas prioritárias para a saúde e da construção de propostas efetivas para atingi-las. Enfatiza também que o setor saúde articule suas ações e conhecimentos às de outros setores para que se possa construir sociedades mais saudáveis.

Por fim, o quadro da vulnerabilidade vem destacar a perspectiva dos sujeitos e de seus contextos de intersubjetividade como a base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem agravos e os meios para superá-los. Enfatiza, em particular, a inclusão da reflexão crítica sobre as políticas sociais e da organização social e técnica das práticas de saúde como parte indissociável das análises de vulnerabilidade, análise que se beneficiará da abordagem com base nos direitos humanos e que ilumina a realização plena da cidadania como referência ética e política fundamental.

Como construtos produzidos por humanos, frutos de experiências sociais em constante transformação, todos esses conceitos precisam ser compreendidos em sua historicidade, limites e alcances. Precisamos receber esses conceitos como um precioso legado, expressão concreta de necessidades de saúde construídas sócio-historicamente, muitos dos quais ainda não totalmente desenvolvidos ou aplicados. O exame crítico de seu desenvolvimento histórico, de suas relações com as práticas, nos ajudará a utilizá-los adequadamente e superá-los sempre na direção de uma saúde pública mais efetiva, justa e democrática.

PARA SABER MAIS

Sobre vulnerabilidade

O primeiro texto que disseminou o quadro da vulnerabilidade foi o livro, hoje clássico, de Mann, Tarantola e Netter, publicado quase integralmente no Brasil com o título “AIDS no Mundo”. Foi, entretanto, apenas no volume II (Mann & Tarantola, 1996), não traduzido, que os autores introduziram a abordagem dos Direitos Humanos para avaliar indicadores sociais e de desenvolvimento, ampliando a métrica tradicional dos indicadores e produtores sociais da vulnerabilidade. Os primeiros textos da série que exemplifica a produção brasileira no quadro da vulnerabilidade na última década foram publicados em 1999 por R. Barbosa e R. Parker. Desde então, a produção nesse quadro expandiu-se e afinou um modo brasileiro de conceber esse quadro conceitual, marcado pelo contexto do SUS e da resposta brasileira à Aids. Para outros textos mais

conceituais ver Ayres, Calazans, Salleti Filho e França Jr. (2003a); Ayres et al. (2006b); Ayres (2009); Ayres, França Jr., Calazans e Salleti Filho (2009); Meyer, Mello, Valadão e Ayres (2006). Há inúmeras teses e projetos de pesquisa e intervenção que foram desenvolvidos com base nesse quadro ao longo dos anos, muitos citados nesta coletânea ou compondo números especiais de Revistas, Cartilhas etc. Ver, por exemplo, Buchalla e Paiva (2002); Paiva (2008); Ayres (2009); Ayres, Freitas, Santos, Salleti Filho e França Jr. (2003b); Ayres et al. (2004, 2006a); Paiva, Lima, Santos, Filipe e Segurado (2002); Paiva, Pupo e Barboza (2006); e Paiva et al. (2007), que estão disponíveis em periódicos e no SciELO (<http://www.scielo.br/scielo.php?lng=pt>), entre outras bases de dados, e na página do NEPAIDS (<http://www.usp.br/nepaids>).

Sobre os direitos humanos

Muitos documentos sobre direitos humanos estão disponíveis na Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP (<http://www.direitos.humanos.usp.br>). Sobre a história de construção das convenções mais importantes sobre direitos humanos, recomenda-se a leitura de N. Bobbio (1992).

Sobre o trabalho em saúde com base nos direitos humanos

Os autores mais importantes desse campo, mais recentemente, são Jonathan Mann, Sofia Gruskin e Tarantola e colaboradores em todo mundo (nas referências). Além de vários artigos e capítulos publicados, um deles traduzido para esta coletânea, dois livros são clássicos e livros-texto dessa abordagem: Mann, Gruskin, Grodin e Annas (1999) e, mais recente, Gruskin, Grodin, Annas e Marks (2005). Ao mesmo tempo, esse referencial tem sido largamente adotado no âmbito da produção e dos documentos da Organização Mundial da Saúde, que podem ser acessados pela sua página na *web* <http://www.who.int/en>.

REFERÊNCIAS

- Amsterdanka, O. (2005). Demarcating epidemiology. *Science Technology Human Values*, 30(1), 17-51.
- Ayres, J. R. C. M. (2008). *Sobre risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.

- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18 (Supl. 2), 11-23.
- Ayres, J. R. C. M., França Jr., I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, C., & M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2a ed., pp. 121-143). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G., Salleti Filho, H. C., & França Jr., I. (2003a). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, & C. M. de Freitas (Org.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 117-139). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G., Salleti Filho, H. C., & França Jr., I. (2006a). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In G. W. de S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. de Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 375-417). São Paulo; Rio de Janeiro: Editora Hucitec; Editora Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Freitas, A. C., Santos, M. A. S., Salleti Filho, H. C., França Jr., I. (2003b). Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7(12), 123-138.
- Ayres, J. R. C. M., Segurado, A. A. C., Galeano, E., Marques, H. H. de S., França Jr., I., Silva, M. H. et al. (2004). *Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional*. São Paulo: AIDS Novos Horizontes.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., França Jr., I., Gravato, N., Lacerda, R., Della Negra, M. et al. (2006b). Vulnerability, human rights, and comprehensive care needs of young people living with HIV/AIDS. *American Journal Public Health*, 96(6), 1001-1006.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., França Junior, I. (2010). From Natural History of Disease to Vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker, R.; Sommers, M. (Eds.). *Routledge Handbook in Global Public Health*. London/New York : Routledge/Taylor and Francis, , v.1, p. 98-107.
- Bobbio, N. (1992). *A era dos direitos* (11a ed.). Rio de Janeiro: Campus.
- Buchalla, C., & Paiva, V. (2002). Comentário: da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, 36(Supl 4), 117-119.
- Campos, G. W., Barros, R. B., & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 745-749.
- Creighton, C. (1894). *A history of epidemics in Britain* (v. II). London: Cambridge.
- França Jr., I., & Ayres, J. R. (2003). Saúde pública e direitos humanos. In P. A. de C. Fortes, & E. L. C. P. Zobol (Orgs.), *Bioética e saúde pública* (pp. 63-69). São Paulo: Centro Universitário São Camilo.

- Goodall, E. W. (1927). The epidemic constitution. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, 21, 119-127.
- Gordon, J. E. (1953). Evolution of an epidemiology of health I-III. In I. Galdston (Ed.), *The epidemiology of health* (pp. 24-73). New York: Health Education Council.
- Gruskin, S., & Tarantola, D. (2001). Health and human rights. In R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, & H. Tanaka (Eds.), *Oxford textbook of public health* (pp. 311-314). New York: Oxford Univ. Press.
- Gruskin, S., & Tarantola, D. (2008). Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS*, 22(Suppl. 2), 123-132.
- Gruskin, S., Grodin, M., Annas, G., & Marks, S. P. (Eds.). (2005). *Perspectives in health and human rights*. Routledge: Taylor & Francis Group.
- Hamer, W. H. (1929). *Epidemiology, old and new*. New York: Macmillan.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document Ottawa: Government of Canada*. Recuperado em 24 de setembro, 2009, de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). *Textbook of preventive medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Mann, J., & Tarantola, D. J. N. (Eds.). (1996). *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press.
- Mann, J., Gruskin, S., Grodin, M., & Annas, G. (Eds.). (1999). *Health and human rights: a reader*. New York: Routledge.
- Mann, J., Tarantola, D. J. N., & Netter, T. W. (Eds.). (1992). *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. W. (1997). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA/IMS/UERJ.
- Meyer, D. E. E., Mello, D. F., Valadão, M. M., & Ayres, J. R. C. M. (2006). "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1335-1342.
- Paiva, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade e gênero, e o sujeito sexual In: Parker, R. , Barbosa, R. (orgs.) *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1996, v.1, p. 213-234
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 6(11), 25-38.
- Paiva, V. (2005). Analysing sexual experiences through 'scenes': a framework for the evaluation of sexuality education. *Sex Education*, 5(4), 345-359.
- Paiva, V. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*, 13, 641-651.

- Paiva, V., Ayres, J. R. C. M., & Gruskin, S. (2010). Being young and living with HIV: the double neglect of sexual citizenship. In P. Aggleton, & R. Parker (Eds.). *The Routledge handbook of sexuality, health and rights*. New York: Routledge/Taylor and Francis.
- Paiva, V., Lima, T. N., Santos, N., Filipe, E. V., & Segurado, A. A. C. (2002). Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicologia USP*, 13(2), 105-133.
- Paiva, V., Pupo, L. R., & Barboza, R. (2006). O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40, 109-119.
- Paiva, V., Santos, N., França Jr., I., Filipe, E., Ayres, J. R. C. M., & Segurado, A. A. C. (2007). Desire to have children, gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care STDs*, 21(4), 268-277.
- Perkins, W. H. (1938). *Cause and prevention of disease*. Philadelphia: Lea &Febiger.
- Polland, B. (2007). Health promotion in Canada: perspectives and future prospects. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 20(1), 3-11.
- Barbosa, R. M., & Parker, R. (1999). *Sexualidades pelo avesso*. São Paulo: Editora 34.
- Santos, B. S. (1997). Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 48, 11-32.
- Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2007). Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7(12), 101-122.
- World Health Organization (WHO), & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1978). *Primary health care: report of the International Conference on PHC (Alma-Ata, USSR)*. Geneva: WHO.