



LEITURA SUGERIDA

**O RISCO, VULNERABILIDADE E PRÁTICAS
DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

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

VULNERABILIDADE E AÇÕES DE PREVENÇÃO DE AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Origens do conceito de vulnerabilidade⁴

Há aproximadamente vinte e cinco anos, o início da epidemia de aids pôs a humanidade e as práticas de cuidado e prevenção no campo da saúde em xeque. Depois dos grandes avanços conquistados ao longo dos séculos XIX e XX com relação ao conhecimento do corpo e do domínio de técnicas e tecnologias de cuidado à saúde e prevenção de agravos, que levaram ao controle e à erradicação de importantes doenças infecciosas e à crença de que os novos desafios no campo da saúde decorriam de doenças crônico-degenerativas, estávamos diante de uma nova entidade clínica.

O alarme diante da nova e grave doença desencadeou a tentativa de compreender do que se tratava por meio do estabelecimento de associações probabilísticas, isto é, com o uso do instrumental epidemiológico, visando a identificação de fatores de risco associados com a nova doença. O procedimento, então, diante da identificação desta nova entidade clínica da aids, foi o de tentar identificar quem eram as pessoas que estavam adoecendo e quais suas características, o que levou já em 1982 à descrição pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos de quatro grupos de risco: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína.

4 - A recuperação histórica a ser aqui sintetizada apóia-se na periodização proposta por Mann & Tarantola (1996), e mais detalhadamente discutida em Ayres et al., 2003b.

Como já apontado, a investigação de fatores de risco lança mão de procedimentos probabilísticos, ou seja, ao caracterizar um fenômeno de saúde e doença, descreve as populações afetadas de acordo com determinadas características cuja associação probabilística com o agravo em estudo pareçam relevantes. São definidos subgrupos populacionais e busca-se identificar associações probabilísticas regulares e estatisticamente significantes entre tais grupos e o agravo em estudo. Por exemplo, ao estudar o câncer de pulmão e sua associação com o fumo, será necessário identificar pelo menos dois subgrupos populacionais, o dos que fumam e o dos que não fumam. Há a construção cuidadosa e abstrata, para estes fins, do que significam os critérios de fumo e não-fumo, na constituição dos grupos populacionais em estudo. De forma que uma pessoa que pertence a um destes grupos está automaticamente excluída do grupo. De acordo com a racionalidade epidemiológica, se buscará a identificação das chances (probabilidades) diferenciadas entre fumantes e não fumantes de ter câncer de pulmão, para que se possa afirmar que o fumo é fator de risco para câncer de pulmão.

Importante salientar, aqui, o amplo caminho entre o processo de produção de conhecimento no campo da saúde e o desenvolvimento de práticas de cuidado e promoção da saúde. Se no âmbito da produção de conhecimento construímos categorias que nos auxiliam a analisar determinada situação, é importante compreender que tais categorias são artificiais, no sentido de que não são as categorias que organizam a vida dos sujeitos. Não é a autodenominação “considero-me ou não um fumante” que orienta o trabalho dos pesquisadores, mas uma definição padronizada, passível de ser reproduzida por outros pesquisadores interessados em replicar e comparar os dados de um estudo. Dificilmente conseguiremos encaixar, em estudos desta natureza, as pessoas que fumam ocasionalmente ou em menor quantidade, mas que podem considerar-se fumantes e que, provavelmente, ouvirão e se preocuparão com a orientação de profissionais de saúde com relação à associação entre fumo e câncer de pulmão.

No caso da aids não foi diferente. Os estudos epidemiológicos que identificaram certos grupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com doença eram maiores do que na chamada população geral acabaram sendo utilizados de forma quase mecânica como instrumento de prevenção. Ou seja, o risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em *grupos de risco*. O “isolamento sanitário” de tais grupos tornou-se, assim, a base das poucas e toscas estratégias de prevenção que conseguiram ser propostas no início da epidemia: se você é parte de um dos grupos de risco abstenha-se de sexo, não doe sangue, não use drogas injetáveis. A mídia e a opinião pública de modo geral 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. – provocando uma verdadeira “morte social” (Daniel, 1994).

Este deslocamento quase imediato de uma categoria abstrata de investigação epidemiológica para uma identidade concreta de intervenção (de variável analítica a objetos de intervenção) é, de um lado, fruto dos preconceitos e estigmas, que têm acompanhado historicamente as situações epidêmicas, em particular as doenças de transmissão sexual (Fee, 1988). Mas reflete também o que discutíamos acima acerca dos paradoxos da epidemiologia do risco: rapidamente foi possível identificar grupos afetados, mas com pouca informação acerca dos significados mais concretos dessa distribuição e, portanto, com limites para instruir ações preventivas mais finas e adequadas aos contextos concretos da prevenção. Os resultados práticos dessas primeiras ações diante da epidemia de aids, voltadas para o “isolamento” dos grupos de risco, mostraram importantes limites no seu controle, acabaram por acirrar preconceito e discriminação com relação aos grupos popu-

lacionais identificados como de risco, produziu pouca sensibilidade para transformar a situação dos afetados e retardou a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nestes grupos (Kalichman, 1993; Camargo Jr., 1994).

Não se quer, com tais afirmações, acusar a ciência epidemiológica de ter “causado”, ela própria, estes efeitos negativos. O que se deseja destacar são os limites de uma saúde pública tão dependente de um conhecimento científico que não é apto a instruir, isoladamente, respostas práticas de que se necessita em processos como esse (Parker, 2000).

Alguns aspectos foram fundamentais para a transformação das práticas de prevenção diante da aids. O isolamento laboratorial do vírus HIV em 1983, que contribuiu para delimitar o caráter transmissível da doença, e o licenciamento de um teste diagnóstico em 1985 que identificava anticorpos para o HIV abriram novas possibilidades para as práticas de saúde pública: detecção e portadores são, diagnóstico precoce de doentes, realização de *screenings*, clínicas sentinelas, desenvolvimento de vacinas drogas específicas. A identificação do caráter pandêmico da epidemia de aids também foi fundamental para mostrar a diversidade das epidemias: em 1983 foram identificados os primeiros casos na África; neste continente a epidemia sempre teve caráter predominantemente heterossexual; em 1985, já havia a notificação de pelo menos um caso em cada um dos continentes, mostrando perfis epidêmicos diferentes nos diversos países.

A intensa reação social de alguns dos grupos rotulados como grupos de risco, por outro lado, em especial os grupos gays organizados norte-americanos, foi fundamental para balizar novas propostas de ação e de conhecimento diante da aids. Foram estes grupos que, em defesa de seu modo de vida e de sua felicidade, propuseram a incorporação do uso dos preservativos, não como contraceptivos, como predominantemente usados, mas visando evitar a troca de fluidos corporais que pudessem conter o HIV. Estratégias de abstinência e isolamento destinadas aos grupos de risco foram substituídas pelas chamadas estratégias de redução de risco, que tinham por base a difusão universal de informação, o controle dos bancos de sangue, o estímulo e a habilitação para incorporar o uso de preservativos e de práticas de “sexo mais seguro”, testagem e aconselhamento e estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a introdução das práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas.

Um novo conceito instrumentalizou as práticas preventivas neste segundo momento de resposta à epidemia de aids: *comportamento de risco*. Fruto de interação mais positiva da investigação clínica e epidemiológica com os campos da psicologia social e da educação, esta construção deslocou o risco da idéia de pertencimento identitário a um grupo populacional em direção à identificação dos comportamentos que efetivamente expõem as pessoas ao HIV. Tal instrumental apresentou como principal potencialidade a possibilidade de universalização da preocupação com a aids (qualquer pessoa pode adotar um comportamento de risco e se expor ao vírus) e o arrefecimento do estigma colocado sobre os grupos de maior incidência. Ao universalizar a preocupação com a epidemia, o conceito de comportamento de risco também buscou estimular o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção, por meio da busca de transformação de seus comportamentos.

A principal limitação identificada na noção de comportamento de risco, no entanto, é o outro lado desse chamamento às responsabilidades de cada um: exatamente a potencialidade de culpabilização individual. À medida que uma pessoa se infecta com o HIV, tende-se a lhe atribuir a responsabilidade pela infecção, por não ter aderido a um comportamento seguro (e não arriscado), por ter falhado nos esforços de prevenção.

A crítica à noção de comportamento de risco como instrumental das práticas preventivas se fez por duas vertentes. De um lado, grupos e movimentos organizados manifestaram suas críticas, como no caso do movimento pelos direitos das mulheres, que com a noção de *empowerment* (Battilwala, 1994) criticou os modelos comportamentalistas ao enfatizar que a mudança de comporta-

mento não é a resultante necessária de “informação + vontade”, mas é condicionada por coerções e pela disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre os sexos, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias (Gupta, 1996).

De outro lado, com o passar dos anos, o perfil da epidemia de aids se modificou radicalmente, afetando predominantemente grupos sociais com menor poder social – os mais pobres, as mulheres, os marginalizados, os negros, a periferia – o que foi caracterizado como processo de “pauperização da epidemia” (Grangeiro, 1994). A percepção dos novos rumos da epidemia motivou um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, naquele momento vinculados a uma iniciativa chamada Coalizão Global de Políticas contra a Aids, embrião do Programa das Nações Unidas para a Aids (Un aids), a propor, no início da década de 1990, um novo instrumental para compreender e intervir sobre a epidemia de aids, a análise de *vulnerabilidade* à infecção pelo HIV e à aids (Mann et al., 1993).

De forma geral, a noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é a resultante de um conjunto de aspectos 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. As análises de vulnerabilidade buscam, assim integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas, de comunidades ou, até mesmo, nações, que as tornam mais ou menos susceptíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento ou morte por aids, que passaremos a expor a seguir.

As análises de vulnerabilidade

Dimensão individual da vulnerabilidade

As análises da dimensão individual da vulnerabilidade partem do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela aids. Tais análises tomam como ponto de partida aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ao vírus ou, ao contrário, proteger-se. Ou seja, diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre a aids e suas formas de transmissão, bem como sobre sexualidade, uso de drogas e serviços; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas de prevenção.

Dimensão social da vulnerabilidade

A análise dos aspectos individualmente delimitáveis que expõem indivíduos à aids já reclama, se entendemos os processos saúde-doença como processos sociais, outras avaliações que não podem ser respondidas neste plano individual. O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. Nesse sentido, este componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual. Aspectos tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc.; são aspectos que permitem compreender os

RISCO, VULNERABILIDADE E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção.

Não temos pretensão de tentar compreender a nossa complexa organização social aqui, mas ressaltar que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolização dessas informações e o poder de as incorporar a mudanças práticas, não dependem só das pessoas individualmente, 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 estes aspectos devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade.

Dimensão programática da vulnerabilidade

A vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada pelas diversas instituições sociais: famílias, escolas, serviços de saúde, etc. Para que os recursos sociais de que as pessoas precisam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços programáticos (institucionais) nesta direção.

O plano de análise da dimensão programática (ou institucional) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? Por isso, diagnósticos de vulnerabilidade e, conseqüentemente, elaboração de propostas de intervenção, devem sempre considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulos à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade.

Uma síntese dos elementos que se sugere considerar nas análises de vulnerabilidade, em suas três dimensões, encontra-se no Quadro 1, a seguir. É claro que esta lista não é nem exaustiva nem absoluta. Na prática, os aspectos a serem considerados e articulados dependerão das situações concretas em exames e das condições objetivas de que se dispõe para análises e intervenções.

Quadro 1. - Aspectos a serem considerados nas três dimensões das análises de vulnerabilidade.

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA (ÊNFASE NO SETOR SAÚDE)
Valores	Normas sociais	Compromisso político dos governos
Interesses	Referência culturais	Definição de políticas específicas
Crenças	Relações de gênero	Planejamento e avaliação das políticas
Credos	Relações de raça/etnia	Participação social no planejamento e avaliação
Desejos	Relações entre gerações	Recursos humanos e materiais para as políticas

O RISCO, VULNERABILIDADE E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Conhecimentos	Normas e crenças religiosas	
Atitudes		
Comportamento	Estigma e discriminação	Governabilidade
Relações familiares	Emprego	Controle social
Relações de amizade	Salários	Sustentabilidade política institucional e material da política
Relações afetivo-Sexuais	Suporte social	Articulação multissetorial das ações
Relações profissionais	Acesso a educação	Atividades intersetoriais
Situação material	Acesso a justiça	Organização do setor saúde
Situação psico-Emocional	Acesso a cultura, lazer, esporte	Acesso aos serviços
Situação física	Acesso a mídia	Qualidade dos serviços
Redes e suportes sociais	Liberdade de pensamento e expressão	Integralidade da atenção
	Participação política	Eqüidade das ações
	Cidadania	Eqüidade multidisciplinares
		Enfoques interdisciplinares
		Integração entre prevenção, promoção e assistência
		Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes
		Compromisso e responsabilidade dos profissionais
		Respeito, proteção e promoção de direitos humanos
		Participação comunitária na gestão dos serviços
		Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços
		Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Adaptado de Ayres et al., 2006.

Deve ter ficado claro, pelo acima exposto, que o quadro conceitual da vulnerabilidade na verdade sintetiza, sistematiza, aperfeiçoa e enriquece um conjunto de preocupações e proposições que já há mais de um século vem instruindo as teorias e práticas preocupadas com o conhecimento e intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença, como acontece no caso do atual movimento da Saúde Coletiva brasileira. Talvez a experiência-limite da pandemia de aids, somada a outras condições nos ambientes políticos, científicos e tecnológicos desta modernidade tardia, tenham dado condições renovadas para sua elaboração na forma de uma proposição mais articulada. O fato é que, com todas as nuances, imprecisões e ambigüidades ainda presentes, a discussão da vulnerabilidade vem expandindo-se visivelmente para outras áreas da saúde, como saúde da criança (Vig et al., 2005), saúde de adolescentes (Telfair et al., 2005), saúde do idoso (Fried, 2003), violência (Sant'anna et al., 2005), atenção primária à saúde de modo geral (Shi et al., 2003, 2004; Shi & Stevens, 2005) e outros aspectos de implicações psicossociais (Delor & Hubert, 2000).

É importante salientar que as análises de vulnerabilidade não prescindem de análises epidemiológicas de risco. No caso da aids, por exemplo, o estabelecimento de associações probabilísticas da distribuição populacional da infecção entre diferentes condições objetivas e mensuráveis, tais como sexo, idade, profissão e práticas sexuais continua sendo uma importante ferramenta para nos informar sobre os rumos da epidemia e para testar hipóteses. A grande preocupação expressa na proposição da vulnerabilidade diz respeito à necessidade de atribuir sentidos e interpretar a variabilidade e a dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco à luz de seus significados sociais concretos, de forma que tais categorias analíticas abstratas não sejam incorporadas sem as necessárias mediações ao desenho de práticas de intervenção. Mas é correto afirmar, por

O RISCO, VULNERABILIDADE E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

outro lado, que as análises de risco e de vulnerabilidade são, de certa forma, inversas: enquanto as análises de risco trabalham com uma racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, discriminados, as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa.

Nesse sentido, o que para análises de risco consistentes deve ser cuidadosamente deixado “de fora” é o que constitui a quintessência dos estudos de vulnerabilidade – a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço.

Essas mudanças de perspectiva teórica articulam-se também com alterações nas perspectivas de intervenção prática. Voltemos ao caso exemplar da aids, e vejamos no Quadro 2, a seguir, como pode ser sintetizada essa nova perspectiva quando comparada com intervenções apoiadas nos conceitos de grupo de risco e comportamento e risco.

Quadro 2. Comparação das diferentes perspectivas de intervenção preventiva do HIV/Aids

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

Reproduzido de Ayres et al., 2003b.

O conceito de grupo de risco tem como alvo um velho desafio da saúde pública: o contacto entre agente infeccioso e novos hospedeiros potenciais, propondo como solução a imposição de barreiras entre infectados e suscetíveis. Quando se passou a privilegiar o conceito de comportamento de risco, o alvo das ações deixou de ser o contato entre infectados e suscetível e passou a ser o isolamento do agente infeccioso mediante estratégias capazes de impedir sua movimentação no ambiente humano. Nesse sentido, a população não é mais dividida entre “indivíduos atingidos e/ou perigosos” e “indivíduos a proteger”, e sim entre o perigo e a população exposta em geral. Em vez da barreira entre os indivíduos, e na falta de uma tecnologia que atue diretamente sobre o agressor, paralisando-o, propõe-se uma série de mudanças nas práticas das pessoas, de modo que diminua as chances de elas “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 onde essas individualidades se conformam e manifestam, fez surgir a necessidade de focalizar as ações nas diferentes suscetibilidades à infecção observadas nas populações expostas. Por outro lado, 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,

O RISCO, VULNERABILIDADE E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

ativismo político, ação jurídica, defesa dos Direitos Humanos, tudo isso passa a ser entendido como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado.

Quando, a partir do painel traçado no Quadro 2, pensamos nos conteúdos e estratégias específicos das ações de prevenção e promoção da saúde na perspectiva da vulnerabilidade, é preciso também destacar algumas mudanças, conforme esquematizado no Quadro 3, abaixo:

Quadro 3. Comparação das diferentes estratégias e ação preventiva em HIV/aids

ASPECTO DA ESTRATÉGIA	PREVENÇÃO TRADICIONAL	REDUÇÃO DE VULNERABILIDADE
Alvo	Indivíduos expostos	Populações suscetíveis
Finalidade	Alertar	Favorecer capacidades de resposta
Processos educativos	Modeladores	Construtivistas
Informação	Transmissão unilateral	Compartilhamento bilateral
Base institucional	Saúde	Intersetorial
Agentes privilegiados	Técnicos	Pares
Expectativa de resposta	Adesão	Autonomia
Impacto visado	Mudança de comportamento	Transformação de contextos e relações

Reproduzido de Ayres et al., 2003b.

As abordagens de redução de vulnerabilidade, como vimos, têm procurado ampliar do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo de suas intervenções, mesmo quando se pensa em ações de intervenção de caráter individualizado, como um aconselhamento em consultório, por exemplo. Nesse sentido, assume uma responsabilidade que se estende para além da tarefa de apenas alertar sobre o problema. É preciso concorrer para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas que, para além disso, possam responder de forma que superem 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 de paradigmas comportamentalistas. A atitude construtivista, que parte dos saberes e experiências dos que visamos com nossos processos educativos, é a 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 a achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam.

Dessa mudança de enfoque educacional decorre também a necessidade de abandonar o privilégio de uma informação estritamente técnica, transmitida de forma unilateral do educador para o educando, em favor da busca de uma troca bilateral de saberes, necessária para identificar finalidades e meios convenientes à construção de respostas por aqueles específicos sujeitos em seus contextos concretos. Uma tal ampliação de objetos e estratégias torna claro, por outro lado, que as ações de redução de vulnerabilidade não podem tornar-se efetivas e operacionais se as mantiver-

mos 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 os capazes de melhor apreender e lidar com os obstáculos à sua saúde, os próprios sujeitos sociais afetados. É bom que se frise 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 dar-se entre os sujeitos visados pela prevenção e o conjunto de recursos de que devem dispor para construir sua saúde. Por isso também não se espera deles adesão ao que lhes prescrevemos, mas autonomia para construir as estratégias que de fato possam lhes servir.

Finalmente, é importante destacar que a redução de vulnerabilidade nas modalidades preventivas, ainda que este seja talvez um dos aspectos menos claros para muitos de seus próprios implementadores, então promovendo um deslocamento significativo também no produto de suas intervenções, e que nos parece que deve 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, 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 se enxerga e constrói possibilidades de os indivíduos estarem uns de frente aos outros em seu entorno, de modo que torne a saúde de todos mais satisfatória. Não é senão da transformação de contextos de intersubjetividade que estamos tratando quando constatamos maior facilidade de falar de sexualidade e camisinha hoje, se comparado com a era pré-aids (Paiva, 2000), ou de termos uma legislação, nascida à custa de muita desobediência civil, que garante as estratégias de redução de danos entre usuários de drogas (Mesquita & Bastos, 1994), de estarmos, mais e mais, difundindo e amadurecendo a reflexão e ação sobre as relações de gênero em nossas práticas de saúde sexual e reprodutiva (Villela & Barbosa, 1996); de estarmos estreitando as relações entre saúde e direitos humanos em nossas estratégias de prevenção e cuidado (Gruskin & Tarantola, 2005; Ayres et al., 2004).

Redução de Vulnerabilidade: um relato de experiência

Para concluir esta discussão, exemplificaremos a mudança de perspectiva teórico-prática proposta pelo quadro conceitual da vulnerabilidade comentando uma experiência de ação preventiva por nós desenvolvida (Ayres et al., 2003a; Ayres et al., 2003c). É claro que a totalidade dessa rica experiência terá de ser bastante resumida no espaço deste capítulo, mas procuraremos ressaltar alguns aspectos selecionados que nos parecem expressar com muita vida a abertura de horizontes que identificamos nessa prática de redução de vulnerabilidade.

Entre 1997 e 2002, nossa equipe (Faculdade de Medicina da USP/Departamento de Medicina Preventiva/Centro de Saúde Escola do Butantã) desenvolveu um projeto de redução de vulnerabilidade em colaboração com uma escola pública de ensino médio da região do Butantã, periferia oeste da cidade de São Paulo.⁵ O trabalho inicial da equipe da USP constou de entrevistas em profundidade com educadores e grupos focais com alunos para a construção de um diagnóstico

5 - Esta parceria foi estabelecida a partir das proposições do projeto "Prevenção Também se Ensina", desenvolvido em conjunto com as Secretarias de Estado da Educação e da Saúde de São Paulo, envolvendo, desde 1996 até os dias atuais, mais de setecentas escolas da Capital, Grande São Paulo e Interior. O projeto foi orientado em seu planejamento e avaliação pelo quadro da vulnerabilidade. Ver a propósito Tozzi et al., 1996.

de vulnerabilidade (aspectos comportamentais, sociais e institucionais, considerando a Escola e serviços de saúde a que os alunos tinham acesso).

Nesse “diagnóstico” inicial, chamou-nos de imediato a atenção uma crise de confiança dos professores em relação aos alunos e vice-versa. Desse modo, já partíamos de uma situação de pouca sustentação para projetos pedagógicos, especialmente em relação a temas tabus e delicados, como os da prevenção da aids e do abuso de drogas. Ao mesmo tempo, os alunos avaliavam que a participação dos professores era imprescindível para o sucesso de qualquer atividade que eles propusessem fazer na escola em relação à prevenção. Esse paradoxo foi entendido como uma solicitação pelo suporte dos professores para se transformar a situação de participação dos alunos na construção do projeto pedagógico da escola. Era necessário reverter o quadro de desconfiança, fortalecendo laços de solidariedade. A mudança do ambiente escolar era, assim, uma condição necessária para começarmos a reduzir vulnerabilidade naquela comunidade escolar.

A equipe da USP ofereceu uma retaguarda par ao projeto de prevenção, legitimou a participação dos professores e iniciou um processo de formação de alunos multiplicadores (educação por pares). Após uma série de atividades de formação, esses alunos realizavam, nas diversas classes da escola, oficinas⁶ de prevenção, sob nossa supervisão, mas sob sua inteira responsabilidade (os professores se retiravam das salas nos momentos de oficinas). Além disso, intensificaram sua participação em outras atividades com apoio da direção escolar, suprimindo, entre outras coisas, a inexistência de um grêmio estudantil.

Os alunos multiplicadores passaram a ser realmente uma referência para os pares. Eram procurados pelos colegas como pessoas confiáveis para apoios de diversas ordens, especialmente os relacionados a questões de saúde sexual e reprodutiva. A direção escolar também solicitava a participação desses alunos em atividades de representação escolar. Nesse período, a escola ampliou suas parcerias e diversificou seus projetos. O projeto de prevenção se desdobrou na realização sistemática de oficinas de discussão de temáticas relacionadas com a vulnerabilidade dos jovens à aids e de gincanas anuais em que se celebrava o Dia Mundial de Luta contra a Aids e simultaneamente o encerramento do ano letivo (formação de uma turma de alunos com homenagens ao corpo docente, discente, pais e colaboradores da escola). Gincana foi batizada de SolidariedAids.

A definição da estratégia de redução de vulnerabilidade dos jovens da escola a partir e em torno do problema base da falta de espaços de participação e da crise mútua de confiança trouxe resultados. O projeto de prevenção foi o estopim para transformações escolares. Os encontros com professores e a gradual apresentação de resultados das atividades desenvolvidas pelos multiplicadores foi progressivamente legitimando a proposta e abrindo espaços de interlocução mesmo entre os professores mais resistentes ao projeto e às transformações em cursos no contexto escolar. Isso incluía intensificar e diversificar os espaços de diálogo sobre a vida sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo, a tematização da vulnerabilidade nas diferentes matrizes disciplinares. A gincana de final de ano mobilizava corpo discente e docente, momento de sensibilização de alguns docentes mais inseguros quanto à viabilidade de um projeto com participação juvenil que estimulava a apropriação do espaço escolar pelos próprios alunos (inicialmente vistos como “desinteressados”). A ampliação do quadro de professores sensibilizados para o projeto de prevenção e a formação de turmas subsequentes de alunos multiplicadores mostrou que o trabalho teve êxito em seu objetivo: redução de vulnerabilidade, ou seja, fortalecimento da solidariedade, construção de uma resposta da comunidade. Bem-sucedidos nas etapas de sensibilização da escola e de implementação de uma cultura de prevenção e solidariedade, o próximo desafio do projeto era sua *sustentabilidade*.

A identidade de multiplicador inovou as possibilidades de relacionamento aluno-escola e alu-

6 - Prática de trabalho educativo em pequenos grupos, baseada na construção multilateral de trocas de conhecimento e experiências, estimulada por dinâmicas de grupo que lançam mão de trabalho corporal, jogos, teatralização e debate.

no-aluno. O multiplicador significou a presença constante da prevenção na escola. Muitas vezes, os professores estabeleciam parceria na sala de aula com os multiplicadores. Um problema para sustentabilidade desse modelo de projeto, no entanto, era que a formação dos multiplicadores permanecia atrelada à equipe da USP. Por diversas vezes, professores mais sensibilizados para as atividades do projeto de redução de vulnerabilidade quiseram preparar-se para assumir o espaço de formação dos multiplicadores. Isso nunca se viabilizou porque a escola deveria remanejar tempo de sala de aula para as atividades de formação de multiplicadores, o que era difícil fazer.

O primeiro problema para a sustentabilidade desse modelo de trabalho encontrava-se, assim, na rigidez da estrutura escolar para legitimar o trabalho do professor fora da sala de aula. A resposta social promovida na escola para redução da vulnerabilidade se deparava com uma qualidade de resposta institucional já sedimentado ambiente. A parceria externa (USP) assumia a responsabilidade de formar os multiplicadores para a escola até a consolidação do trabalho. Tal compromisso nunca foi assumido pela escola. Outra dificuldade era que os professores não permaneciam nas salas de aula quando os alunos multiplicadores desenvolviam suas oficinas, pois isso era importante para criar um novo espaço de intersubjetividade na sala de aula, e estimular a autonomia dos alunos. O que não se debateu suficientemente foram os significados que giravam em torno dessa “tomada de lugar” dos multiplicadores em relação aos professores. Soma-se, então, uma valoração negativa dos professores nessa atividade (nuclear) do projeto. Os professores asseguravam a importância do trabalho de prevenção na escola, mas até então não contavam com a segurança de um espaço próprio para sua específica contribuição.

A atividade mais integradora entre alunos, professores e funcionários era a Gincana de SolidariedAids. Ao longo dos anos, consolidou-se como festividade aguardada no calendário escolar. Na Gincana, os professores trabalhavam o tema da prevenção com os alunos e eram apoiados pela equipe parceira (USP). Alguns professores, que contestavam a validade do trabalho na escola, tiveram opiniões transformadas após participarem das gincanas. Contudo, nos últimos anos, adotou-se um sistema complexo de pontuação de tarefas. A equipe vencedora premiava o professor responsável pela coordenação do trabalho. A gincana se tornou um modo de alcançar reconhecimento pelo trabalho docente, inserindo o fator da competitividade entre equipes. Na época, os multiplicadores avaliaram que já não integravam o trabalho de produção da gincana de forma criativa, arcando com a responsabilidade de viabilizar uma estrutura de organização da qual discordavam. Mais uma vez, distanciavam-se aluno e professores de uma articulação fundamental para avanço no sentido de sustentação do trabalho já desenvolvido e para enfrentamento dos desafios a fim de suprir as deficiências do projeto. Reconhecemos que esse sistema de mérito pessoal e competição preenche com sentidos uma série de atividades do mundo atual, até da formação escolar para concorrência no vestibular. Ao promovermos um projeto visando a resposta social, estávamos nos deparando com uma série de formas de produzir e organizar respostas já presentes no mundo, nem sempre as desejadas. A cada dificuldade encontrada, o resgate da história do projeto, da situação escolar antes das atividades redutoras de vulnerabilidade e a perspectiva de avançar ou perder conquistas em relação à solidariedade no ambiente escolar tornaram-se vitais.

Diante dessa situação, enfrentamos um período de revisão do projeto em que uma atividade escolar contribuiu de maneira fundamental. A escola se deparava com o uso de drogas e a preocupação de pais e alunos com esse assunto. Os professores se organizaram em suas reuniões de trabalho para produção de uma Feira temática que debateria o tema “uso, abuso e dependência de drogas”. Propuseram uma estrutura “acadêmica” de trabalho. Os alunos escolheriam um professor orientador e formariam grupos de trabalho. Cada grupo de trabalho produziria uma atividade sobre a temática utilizando qualquer linguagem: audiovisual, artes plásticas, teatro, dança, etc. A equipe da USP teve dupla incumbência: preparar os multiplicadores para a ação conjunta com os

professores e debater em dois encontros a temática com os professores. Pela primeira vez, eram os professores que solicitavam uma atividade de formação, já que anteriormente essa iniciativa era da coordenação pedagógica e da equipe da USP. A escola vestiu a camisa da atividade e ficou repleta de projetos e produtos. No período noturno, havia sessões simultâneas de filmes, dada a quantidade de material produzido. As salas ficavam lotadas, nem mesmo a equipe da USP garantiu espaço para assistir a todas as atividades. Outro destaque foi uma instalação de arte em que os visitantes participavam da encenação. O ambiente representava um espaço de festa em em que tudo podia acontecer. As pessoas escolhiam ou não usar drogas (ficcionalmente) e, ao término da festa, discutiam o que estava acontecendo e reviam a forma como construíram sua escolhas. A Feira revelou que muitos alunos eram multiplicadores sem ser formalmente multiplicadores do projeto. Eles tinham idéias, assunto e estratégias diversificadas para contribuir com o projeto de redução de vulnerabilidade da escola. Os professores foram os mediadores do trabalho, não impuseram idéias próprias, apenas subsidiaram os grupos de trabalho. Uma das preocupações foi não desvalorizar os trabalhos, não defender um tipo de informação “correta” e com isso inibir a livre manifestação dos alunos.

Desde então, a equipe da USP transformou sua proposta de ação, sem abdicar da tradição de trabalho já instaurada. A primeira mudança foi fazer da ação entre pares o fundamento para um trabalho intersetorial. Os multiplicadores foram convidados a participar de Fóruns regionais que debatiam juventude e saúde. Também foram convidados a apresentar seu trabalho em outras escolas da região. Conseguiu-se recursos de uma agência de fomento para que três multiplicadores da escola recebessem uma bolsa auxílio⁷ para atuarem como coordenadores da extensão das atividades de multiplicação para outras escolas e instituições da região. A Segunda mudança foi diversificar as linguagens para as atividades de multiplicação, incluindo vídeo e artes plásticas. A atuação regional dos multiplicadores recebeu o nome de *Projeto Jovem Inventivo* (Salleti Filho et al., s.d.).

Entretanto, um fato marcaria a história do Projeto Jovem Inventivo. O período de organização inicial desse trabalho (ainda sem os coordenadores jovens), coincide com o período pós-Feira sobre “uso, abuso e dependência de drogas”. Professores e multiplicadores tinham se aproximado e buscavam recuperar os sentidos fundadores da gincana da SolidariédAids. A escola contava com um Conselho Gestor do Projeto, composto por professores, alunos e nós, a equipe parceira da USP. A participação de alunos se incrementou no Conselho e, após algumas discussões iniciais, alunos, e professores iniciaram o debate sobre as diretrizes da Gincana na escola. O Conselho avaliou criticamente a gincana precedente (2000) em que professores ficaram nervosos demais e disputavam a conquista da premiação (simbólica). A coordenação pedagógica discordou das propostas e organizou a Gincana independentemente do Conselho. Os multiplicadores se dividiram. Uma parte deles seguiu o Conselho, a outra a coordenação pedagógica. A Gincana aconteceu num ambiente de desenvolvimento no Conselho e no próprio grupo de multiplicadores, seguindo sem avançar no enfrentamento das dificuldades. No ano seguinte (2002), em que vigora o Projeto Jovem Inventivo, o Conselho é esvaziado, alguns professores se aposentam e alguns migram suas ações para outros projetos que compunham a cena escolar. Quando o Projeto Jovem Inventivo assume novas linguagens para as atividades de multiplicação, a escola já não está organizada. O Projeto Jovem Inventivo inicia suas ações em outras escolas e apenas no final do ano consegue fazer algo na sua escola de origem.

Foi nesse ambiente que a coordenação do Projeto Jovem Inventivo recebeu um convite para apresentar a proposta de seu trabalho em um evento popular, promovido por um Fórum em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. Duas atitudes foram tomadas. A primeira foi desenhar um treinamento regional de jovens multiplicadores tal como acontecia na escola. A Segunda

7 - Com recursos do Programa Gênero, Reprodução, Ação e Liderança da Fundação Carlos Chagas.

foi desencadear nesse grupo uma discussão sobre a caracterização da forma de apresentação do trabalho no evento citado. Como resultado, foi produzida uma barraca itinerante (intitulada “sexo e manifestação”) em que os visitantes entravam e se deparavam com um conjunto de peças de artes plásticas e montagem de som e vídeo (a barraca tinha o formato de uma tenda coberta com lona de caminhão e com estrutura de canos de PVC e ferro). O Projeto Jovem Inventivo ganhou reconhecimento regional e municipal pela atividade, ampliando sua participação em fóruns e debates sobre saúde e juventude. Regionalmente, os jovens multiplicadores da escola orientaram a construção de um projeto de prevenção da aids numa outra escola da região. O diálogo foi estabelecido com um grupo de estudantes dessa escola, que organizou um grêmio estudantil e, identificando-se com proposta do trabalho de saúde, difundiu uma nova identidade estudantil na escola: jovens inventivos.

Há vários aspectos em que o relato acima nos remete a dimensões relevantes do enfoque da vulnerabilidade. Em primeiro lugar, parece-nos ter sido exemplificado o que queremos dizer com resposta social como resultado esperado de uma intervenção preventiva. Ao mesmo tempo é possível perceber, nas estratégias, resultados e reflexões relatados, diversos dos elementos antes citados abstratamente (a delimitação e situações de grupo, não indivíduos isolados como alvo da ação, a construção conjunta de capacidades, para além do alerta, a comunicação de mão dupla, o privilegiamento dos pares como agentes, a ação intersetorial, o estímulo à autonomia, e, finalmente, a transformação de contextos e relações).

Os resultados da iniciativa foram avaliados nos trabalhos acima citados. Avaliações muito mais de processo e de resultados mais setoriais, em sua maioria bastante animadores. Mas, claro, mostrando também fragilidades e desafios a serem enfrentados, mesmo avaliações de impacto, em experiências mais extensivas que a que desenvolvemos. O importante, porém, é que mesmo os insucessos em relação a algumas aspirações ou processos das ações preventivas sejam vistos como parte da experiência prática da qual se toma parte, e não como tarefa técnica malograda. O fracasso nos diz da vida real, de sua completa “indisciplina” em face das nossas disciplinas científicas e, nesse sentido, deve ser visto como corretor de rumo – não apenas das nossas intervenções, mas especialmente dos pressupostos e teorias que as orientaram.