

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Faculdade de Educação
Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde - EducaSaúde
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva – RIMSMC

Juliana Tavares Ferreira

A "dita" Vulnerabilidade?

Janeiro de 2015

Juliana Tavares Ferreira

A "dita" Vulnerabilidade?

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado a Coordenação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva – RIMSMC como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental Coletiva.

Orientador: Professor Doutor José Geraldo Soares Damico

Janeiro de 2015

RESUMO

A presente escrita, que se traduz, na produção de um Trabalho de Conclusão de Residência, tem como in/tensão contextualizar o leitor, de como se processou a escolha do tema a ser discutido: a “dita” vulnerabilidade. Avançando na discussão, a mesma, procura explorar e aprofundar o conceito de vulnerabilidade, usando para isso a descrição, no sentido de problematização crítica-reflexiva e dialógica do vivido em forma de narrativas. A partir dessa análise da realidade, a luz do conceito de vulnerabilidade, podemos pensar como a área da saúde e as Políticas Públicas vem atuando e discutindo o tema, bem como, abrimos para a reflexão, de como a vulnerabilidade opera hoje, numa lógica de produção, de naturalização e de dispositivo para pensar o sujeito e a sociedade atuais.

SUMÁRIO

1 DANDO PRUMO A ESCRITA: O DESAFIO DE UMA ESCRITA SIGNIFICATIVA E INVENTIVA	4
2 A PARTIR DE UM CERTO ACUMULO DE VIVÊNCIAS: O TEMA GANHA VIDA E PALAVRAS	7
3 POR ONDE VAMOS PASSAR: O CERNE DA QUESTÃO	10
4 A ESCOLHA DA NARRATIVA COMO REFLEXÃO DA REALIDADE	12
5 A IDEIA DA NARRATIVA: CENAS QUE ATUALIZAM O VIVIDO	16
5.1 CENA 1: A Vila Cachorro Sentado	16
5.2 CENA 2: Diálogos necessários sobre pessoas em situação de rua.....	17
5.3 CENA 3: Encontro Macrometropolitano de Redução de Danos.....	18
6 APROFUNDANDO A IDEIA: AS FORMAS QUE O TEMA SE APRESENTA	20
7 ONDE CHEGO: ALGUMAS BRECHAS ABERTAS	27
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

Dando prumo a escrita: O desafio de uma escrita significativa e inventiva

Foram anos copiando o que a professora escrevia no quadro e o que estava escrito nos livros, reproduzindo um “dito” conhecimento. Após na faculdade, copiando o que os professores falavam e lendo muitos livros, eis que me deparo com esse in/tenso encontro com prática/teoria na RIMSMC. Momento em que fica difícil voltar a escrever, porque finalmente consigo integrar sentir-pensar-agir, no sentido de ver a teoria/na/prática e percebo que uma não existe sem a outra, elas são uma só. Vejo que o discurso e o modo de mostrar/ transmitir isso, está completamente cindido e desconectado da realidade em que vivemos. Daí minha dificuldade e resistência em voltar e escrever porque a vivência é tão mobilizadora e provocadora que a produção escrita, nesse momento me remete aqueles velhos tempos de escola e de início de faculdade.

Mas, reconheço que é importante registrar esse processo, o meu processo enquanto residente. Assim, tenho o desafio de escolher um tema que seja SIGNIFICATIVO da minha trajetória enquanto residente, e que agencie ao mesmo tempo, processos de ação-reflexão-ação do vivido (FREIRE, 1993, 2001). Seguindo essa pista, será preciso identificar o que pulsa em mim, aquilo que faz sentido ser colocado em palavras, de ser contado, de ser olhado e escutado com carinho e crítica. E que diz e fala de um processo vivido profunda e intensamente por vários residentes que constroem e que desejam uma residência, um Sistema Único de Saúde (SUS) e uma sociedade mais democrática, ética e produtora de vida.

Assim, o meu desafio foi reconhecer um tema que tenha a potência de construir e desenvolver uma escrita significativa e inventiva, uma vez que não desejo reproduzir o que vinha aprendendo na escola e na universidade. Ao mesmo tempo, pretendo manter a aproximação com atitudes disparadas pelo processo da residência, que nos desafia a desenvolver autonomia, inventividade e se baseia para isso, na educação permanente em saúde como metodologia de ensino-trabalho. Nesse contexto, percebo assim, a importância da leveza na vida e na escrita conforme aponta Mia Couto nos seus dizeres durante a aula magna do segundo semestre de 2014 da UFRGS, em Porto Alegre. A leveza, no sentido de escrever algo que realmente transmita com palavras e sentimentos, a vivência do vivido e

que aponte para contribuições críticas e reflexivas sobre o tema a ser explorado e que ainda, contribua para mudanças nas vidas das pessoas que utilizam e que fazem o SUS.

Já a inventividade, essa implica na tentativa de produzir uma outra escrita, uma escrita que seja capaz de capturar o leitor, de dar “asas a sua imaginação”, convidando-o para caminhar junto, instigando-o na direção de uma leitura inusitada, que desperte sua vontade de refletir sobre o tema escolhido, indo, quem sabe, além de minhas inquietações, no sentido de que essa escrita se transforme num texto-dispositivo, em que cada pessoa que ler, saia ainda mais provocada, que realmente se produza encontros entre a escrita e o leitor. Encontro entendido aqui, a partir de Espinoza, como aquele que produz marcas, que aumenta a potência de agir, um bom encontro (DELEUZE, 2002). Sendo que esse encontro pode ser na discordância do que trago como questões, mas que levem a produção de outras possibilidades para o tema, e/ou na concordância do que reflito e que se produza mais e novas inquietações. Já o termo dispositivo, parte de uma concepção Foucaultiana em que, sucintamente, dispositivo é:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos. (Foucault, 2000, p. 244).

Deste modo, adotar como princípio uma escrita que seja significativa, inventiva e que opere na lógica de um dispositivo, requer um posicionamento ético-estético e político (GUATTARI, 1990), na defesa de uma escrita que possa narrar a produção de um pensamento sobre uma vivência, que seja em primeira pessoa e que abarque a simplicidade e leveza de uma conversa dialógico-reflexiva, como diria Paulo Freire, no livro *Pedagogia da Autonomia* (2001). Quero com isso, chamar a atenção de quem lê, para a desconstrução de que só com imparcialidade e rigor metodológico-científico é que somos capazes de produzir conhecimento. Bem pelo contrário, somos capazes de produzir conhecimento a partir de diversos modos e a imparcialidade, essa nunca existiu, sempre o nosso desejo aparece transversalizando tudo o que fazemos. E também, não se trata de uma ciência descomprometida com uma produção ética, a intensão é dar visibilidade a lógicas complexas que o conhecimento engendra, e que a apreensão/captura de um instante vivido, pode nos

revelar, na sua atualização, sempre diferentes perspectivas da realidade. Daí a complexidade pulsante do vivido que transborda o conhecimento que pede, suplica, mais possibilidades de produção de si e da insurgência das diferenças.

A partir de um certo acúmulo de vivencias: o tema ganha vida e palavras

A minha poesia é assim como uma vida que vagueia
pelo mundo,

por todos os caminhos do mundo,
desencontrados como os ponteiros de um relógio velho,
que ora tem um mar de espuma, calmo, como o luar
num jardim noturno,

ora um deserto que o simum veio modificar,
ora a miragem de se estar perto do oásis,
ora os pés cansados, sem forças para além.

Que ninguém me peça esse andar certo de quem sabe
o rumo e a hora de o atingir,
a tranquilidade de quem tem na mão o profetizado
de que a tempestade não lhe abalará o palácio,
a doçura de quem nada tem a regatear,
o clamor dos que nasceram com o sangue a crepitar.

Na minha vida nem sempre a bússola se atrai ao mesmo norte.
Que ninguém me peça nada. Nada.
Deixai-me com o meu dia que nem sempre é dia,
com a minha noite que nem sempre é noite
como a alma quer.

Não sei caminhos de cor.

Fernando Namora, in 'Mar de Sargaços'

A caminhada até encontrar o que dizer, o que escrever, foi bem longa e sempre claudicante, pois como refere Fernando Namora no poema acima, não sei o caminho de cor, não sei certo o rumo e nem a hora da chegada, mas só sei que nasci com o sangue a crepitar. Assim, vejo esse caminhar, como necessário, digno de um processo maturativo, de larva a borboleta. É sempre um desafio brincar com a escrita, escolher o que dizer, com quais palavras, que reflexões levantar, que inquietações sustentar. E o desejo de que essa escrita movimente, produza algo em alguém, mas se não produzir nada, ou muito pouco, pelo menos em mim, houveram afetações, afecções, mudanças e imersões. A ponto de não pode-las ignora-las e juntar, acomodar cada pedaço, cada detalhe para montar um quebra-cabeça, dando significado e passagem ao vivido nesses dois anos de residência em saúde mental coletiva.

Cabe ressaltar ainda, que o termo afecção é entendido aqui, a partir de uma noção espinoziana de que afecção é alteração de corpos, é a resultante de um corpo sobre o outro, é uma combinação de corpos, um corpo atua sobre o outro e o que recebe, recebe os atributos do primeiro corpo (DELEUZE, 2002). Ou seja, nessa caminhada, houveram intensos e profundos encontros afectivos que dispararam transformações, inquietações e por consequência fui me fazendo outra nesse caminhar O encontro com esses tantos corpos, me afectou, me modificou enquanto profissional e sujeito, enfim, o modo de ser e estar na vida.

Nessa trajetória, no final do ano de 2013, quando começamos a discutir e a iniciar um exercício de escritas possíveis para o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), o que mais se apresentava para mim, era as minhas vivências junto ao Coletivo Gaúcho de Residentes e Fórum Nacional de Residentes em Saúde. No partilhar com outros Programas de Residência, percebo que a concepção sustentada pelo Programa do qual faço parte, é bastante diferenciada das demais realidades pelo Rio Grande do Sul e pelo Brasil também. Isso me levou a indagar o que a RIMSMC tem a ponto de se diferenciar tanto das outras propostas de residência.

No entanto, com a troca de cenários de prática no ano de 2014, fui capturada pela descoberta e o encantamento por uma outra temática, que atravessou a minha vida, de forma a mudar o rumo do que desejaria produzir, enquanto TCR. Os encontros que produzi com o CAPS ad, com a redução de danos como diretriz de cuidado, e mais precisamente, com os usuários desse serviço, me convocam a sentir-pensar-agir sobre como, enquanto trabalhadores do SUS e cidadãos, estamos des/acolhendo, des/cuidando das pessoas em situação de rua? Como estamos des/ativando as redes inter/intrasetorias e como estamos desenvolvendo/despotencializando o processo de trabalho, centralizando/compartilhando, em equipe ou euquipe? Passamos a desenvolver busca ativa pela cidade de São Leopoldo, e as pessoas que temos abordado, nas praças, na linha do trem, na ponte, estão na sua maioria em situação de rua. E não é preconceito associar o uso de álcool e outras drogas e eles, é um dado real, eles mesmo falam que usam, para se esquentar, para aguentar viver assim, já que é algo muito fácil de se conseguir e faz parte desse contexto da rua, o comercio de drogas, sejam eles as farmácias, os bares ou as “bocas” que vendem outras drogas.

Passada a euforia dessa re/descoberta, fui amadurecendo, digerindo a ideia e comecei a me lembrar, a partir desse contato com pessoas em situação de rua, da minha passagem pela Vila Cachorro Sentado, no que diz respeito principalmente, a relação da comunidade com o seu entorno e a falta de acesso a vários direitos essenciais, garantidos pela Constituição Federal de 1988, como o direito a saúde, a moradia, a esgoto e água encanada. Pois segundo a antropóloga Claudia Fonseca, destaca três características marcantes desse espaço:

Em primeiro lugar a Vila Cachorro Sentado é um reduto social e economicamente discriminado pelos grupos dominantes. [...] Segundo traço característico da vida local: o interconhecimento. É difícil, impossível até, manter um espaço privado nesse amontoado de 700 a 800 pessoas em um terreno de 100 por 200 metros. [...] A terceira característica da vila é a interdependência funcional dos habitantes. Por exemplo, a água e a eletricidade são bens fundamentais, usufruídos legalmente por alguns habitantes ao longo da estrada, e ilegalmente pelos que conseguiram reunir o dinheiro e a técnica necessários para piratear uma ligação particular.” (FONSECA, 2000, p.13).

Além é claro, da invisibilidade, dessa "cortina de fumaça", criada pela maior parte da nossa sociedade, que na dificuldade ou negação da miséria, do sofrimento do outro, não consegue, não suporta olhar para isso tudo. E quando olha, é quase sempre um olhar estrangeiro, que julga a partir do seu conhecimento, da sua vida, sem conseguir relativizar essa diferença/distância, no sentido de problematizar as distintas realidades vividas e não culpabilizar ou vitimizar o outro.

Isso tudo diz, da enorme dificuldade, que nós, enquanto sujeitos temos de “olhar” as nossas próprias misérias e fazer delas, um constante processo re/visitar-se, de superação e evolução. Diz também, da nossa dificuldade em lidar com a diferença, aceitar que somos vários em um só, e que somos multidões em muitos de nós. Mas em fim, o desafio está lançado e a constante problematização e possível superação dessas questões é necessária para um convívio e uma sociedade mais ética, justa e digna na produção das diversidades que é a vida e o ato de viver.

Por onde vamos passar: o cerne da questão

A partir desses dois anos de vivências in/tensas como residente nos cenários de prática: Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro, Núcleo de Apoio a Saúde da Família Cruzeiro/Cristal, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS ad São Leopoldo e Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, fui capturada e ao mesmo tempo, me encontrei com um tema comum e que perpassa todos esses espaços, a “dita” vulnerabilidade?

Esse tema, se tornou SIGNIFICATIVO para mim, justamente, porque me leva a interrogar a minha atuação, enquanto trabalhadora da saúde e sujeito, inserida em um determinado contexto e principalmente, numa sociedade que se diz democrática, com liberdade de expressão e que luta pela igualdade de acesso, de direitos para todos.

Assim, esses quatro contextos vividos, enquanto trabalhadora/sujeito, passam a instigar uma re/visitação, uma inquietação/agitação sobre as pessoas e situações “ditas” vulneráveis. Passo então, a interrogar o des/uso, o des/serviço que fazemos, academia e trabalhadores/Estado, ao nomear, a não/olhar as comunidades e quem vive nelas, a luz de uma “dita” vulnerabilidade, des/inventada para que os “letrados”, possam explicar os fenômenos das relações do sujeito com a vida e com outros sujeitos, deixando de lado, a problematização dos modos de estar na vida, operados pelas ideologias em vigência: capitalismo, democracia, igualdade, etc.

Saliento que faço uso do termo “dita” para justamente, problematizar essa palavra/conceito que é muito utilizada tanto na área da saúde, como na área da assistência social. Na tentativa de colocar em análise o atual uso desse termo a partir dos contextos de trabalho, que foram disparadores da reflexão a qual me proponho nessa escrita. Ou seja, refletir a partir da realidade vivida, como esse conceito vem operando nas relações dos sujeitos, dos trabalhadores da saúde, da sociedade em geral e do Estado, enquanto propositor de Políticas Públicas.

Portanto, o objetivo dessa produção, é provocar uma “parada” para sentir a realidade e refletir sobre o conceito de vulnerabilidade a partir de diversas vivencias nesses dois anos de residência, na área da saúde e aproximações junto a assistência social também.

A escolha da narrativa como reflexão da realidade

Na perspectiva de manter a coerência e consistência na busca/tentativa de uma escrita inventiva e significativa, me deparo com o como fazer isso, o método, segundo os rigores científicos. Mas o que desejo aprofundar nessa passagem, é contar ao leitor e refletir junto com ele, como partindo das vivências, e as reverberações e o lembrar/recordar me levaram a inquietações e incômodos que dispararam a escolha do tema para o meu TCR e assim, finalizar mais uma etapa de minha vida como trabalhadora de saúde/sujeito.

Ao tentar contar o como, percebo que este se deu antes da escolha do tema vulnerabilidade, uma vez que foi partindo das vivências e recordações de cenas, fatos, passagens que consegui perceber a urgência/emergência da discussão sobre a “dita” vulnerabilidade.

Para tanto, o processo de rememorar e problematizar o vivido, foi se produzindo naturalmente através de narrativas. Ou seja, não foi uma escolha intencional, foi quase que instintiva e progressiva. O exercício de narrar as cenas que me inquietavam, me auxiliaram a refletir sobre a realidade vivida no contexto da residência e da minha vida pessoal. E pensando que estou num processo de formação, segundo Roseni Pinheiro, durante a mesa de abertura do XIV Seminário do Projeto Integralidade, destaca que um dos modos de pensar a integralidade da formação em saúde, é justamente, fomentar o uso da narrativa, em primeira pessoa, baseado nas experiências vividas, como método de produção de conhecimento na academia e num compromisso ético-político, de retorno para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde.

Assim, se faz necessário deixar claro que o termo narrativa, não diz respeito a narração de uma simples história, mas sim, está relacionado ao estudo da experiência como história, assim, é principalmente uma forma de pensar sobre a experiência, sendo que uma pesquisa narrativa pode ser desenvolvida apenas pelo contar de histórias, ou pelo vivenciar de histórias (CONNELLY, CLANDININ, 2004). Ressalto que esse ato de narrar, no sentido de contar uma história ou ter vivenciado a história, implica necessariamente, num ato de também, pensar sobre, refletir, problematizar o que se contou ou foi vivido.

Nessa linha, gostaria de destacar que a narrativa, nada mais é, do que uma possibilidade das pessoas buscarem sentidos e significados às suas vivências, ou seja, uma metáfora do que foi vivido. E assim, traz à tona, o vivido pela perspectiva do narrador, que tem, posteriormente, uma visão ampla e integradora daquilo que aconteceu (GONÇALVES, 2001; 2007). Nesse sentido, a narrativa instaura a possibilidade de dar passagem ao vivido e ainda, de reatualizar essa vivência na via de um processo contínuo de reflexão crítica da realidade.

Outra contribuição importante da narrativa, enquanto possibilidade de observar com mais atenção/cuidado e reflexão o vivido, foi a de que, durante minhas incursões pelos cenários de práticas, inserida ali, onde a vida social pulsa, nas comunidades, no território, na circulação pela cidade, pude perceber que o uso da ferramenta narrativa, deu passagem a uma outra lógica para “conhecer a natureza complexa da vida social – não a da determinação, mas a da mobilidade”. (GUIMARÃES, 2006, p.8). Ou seja, a narrativa apresenta-se como a possibilidade disparadora de uma nova aposta de produção de conhecimento da realidade, numa lógica que imprime movimento ao buscar-se conhecer e refletir a complexidade da vida social, que está sempre, em constante mudança, daí a importância de acompanhar esse movimento.

Passando para a uma discussão/análise mais pormenorizada das três cenas disparadoras da reflexão sobre o tema vulnerabilidade: a Vila Cachorro Sentado, Diálogos necessários sobre pessoas em situação de rua e Encontro Macrometropolitano de Redução de Danos. E na (in)tensão de compor com uma nova lógica de produção de conhecimento, descrita acima, constato que na análise das cenas narradas, não cabe mais o paradigma da validação dos resultados de uma pesquisa, de maneira que se possa desenvolver/declarar verdades científicas. O que nos leva a concluir que o conceito de verdade, passa a assumir, novas dimensões, assim como, o papel do pesquisador, também passa a ser outro conforme ressalta Damico (2011):

Face ao estatuto político da ciência, ao seu caráter constituidor da verdade e às estreitas relações entre poder e saber, Michel Foucault propôs um papel muito mais modesto para os intelectuais, que os vincula a lutas cotidianas, ao que lhes afeta mais de perto, que os faz assumir posições políticas mais ligadas às suas condições de trabalho ou de vida, lutas pela solução de problemas específicos, e não universais” (DAMICO, 2001, p. 49).

Portanto, essas outras dimensões, dizem respeito a minha não imparcialidade, enquanto pesquisadora e narradora desse processo e que a minha visão de mundo influencia/interage com esse contexto todo. Levando em consideração o exposto acima, o processo narrativo deve ser capaz de produzir, na pesquisadora, reflexões sobre as visões de mundo/ideologias, nas quais está ancorada. E ainda, fala da introdução da discussão do paradigma da complexidade, que inaugura uma marca inerente a vida, as sociedades e ao sujeito, a processualidade e o constante movimento de transformação/mudança da realidade.

Assim, na pesquisa narrativa “não é muito o que se vê mas o como se vê é que dá uma visão interna e externa das reflexões possíveis” (RICHARDSON, 1994). Levando em consideração a possibilidade de apontamentos possíveis, parece coerente que se busque outras formas de qualificar e aprofundar essa produção de conhecimento e ou questionamentos.

Nesse sentido, pode-se lançar mão de várias estratégias de análise da narrativa tais como: leitura, escrita e reescrita sobre os dados, pensamento e reflexão sobre os dados, exposição e discussão em grupos de apoio, além de escrita dos dados em diferentes formas, como por exemplo poesia, teatro, resumo, síntese, histórias, diálogos etc (ELY et al, 2001). E foi justamente o que o processo de supervisão coletiva da produção dos Trabalhos de Conclusão da Residência disparou, pois pude expor e discutir o processo de produção/reflexão/problematização com meus colegas residentes e diversos professores. E também, pude discutir o tema vulnerabilização em espaços de educação permanente em saúde e reuniões de equipe com os trabalhadores dos meus cenários de prática, assim como, em reuniões intersetoriais entre saúde e assistência social.

Desse modo, o processo de análise da narrativa pode ser facilitador e disparador de uma reflexão intensa e contínua, pela qual eu enquanto pesquisadora/residente não só compreendi e interpretei as narrativas de minha pesquisa, como também questioneei e refleti sobre minha vida, meu papel como pesquisadora e a forma de ser e estar no mundo. Daí a essência de um processo significativo e inventivo ao mesmo tempo.

Ainda, segundo Connelly e Clandinin (2004), para dar qualidade e profundidade a análise de uma narrativa, é necessária uma interpretação plausível, construções condizentes

com a realidade, e sobretudo, o texto em uma pesquisa narrativa, deve desenvolver alguns pontos importantes como: temporalidade, lugar, aspectos pessoais e sociais da pesquisa, histórias dos participantes e não se limitar a uma só verdade.

Dentro dessa perspectiva, desejo destacar que um dos pontos importantes é a sociabilidade, a atenção para com as condições pessoais e sociais presentes na realidade em que as experiências são vivenciadas. Sendo que, por condições pessoais compreende-se sentimentos, esperança, desejos, reações estéticas e disposição moral do pesquisador ou do participante. Já condição social, compreende-se as condições existenciais, o ambiente, forças e fatores implícitos e pessoas que participam e formam a realidade dos indivíduos (CONNELLY e CLANDININ, 2004, p. 8). Levando essas características em conta, tentei dar as narrativas, tons que contemplassem, os desejos, os sentimentos, meus e das pessoas envolvidas e tentei abarcar as disputas de forças, os detalhes do ambiente para aproximar o leitor das cenas vividas.

Por fim, um outro ponto importante da pesquisa narrativa, é a temporalidade. Nessa dimensão de temporalidade como análise da história presente, é necessário considerar as histórias pregressas e possibilidade de histórias futuras, entendendo que isso é reatualizado e reescrito o tempo todo, num fluxo contínuo de histórias. Pois, numa narrativa, é fundamental manter a sensação de dinamicidade do narrado, sempre num estado de tornar-se (*becoming*). Essa perspectiva dá à pesquisa narrativa um movimento de contar ou recontar experiências de vida e um movimento de reconstrução das experiências relatadas (CONNELLY, CLANDININ, 2004).

Assim, a temporalidade envolve no ato de narrar, se considerar que é apenas um dos possíveis recortes daquela realidade que se viveu, à luz da interpretação de alguém, e por isso mesmo, não se pode dar por esgotada a(s) questão (ões) que a narrativa faz imergir ao colocar em análise a realidade vivida com as ideologias de quem a vê.

A ideia da narrativa: cenas que atualizam o vivido

Cena 1: A Vila Cachorro Sentado

Parto então, de uma das minhas escolhas como cenário de prática, no primeiro ano de residência, a Vila São Pedro, mais conhecida como Vila Cachorro Sentado, situada na famosa Avenida Ipiranga, na altura do Bourbon da Ipiranga em Porto Alegre. Esse estar, habitar esse espaço, mexeu muito comigo, pois é um território invisibilizado em meio a uma zona residencial e comercial nobre, que agrega um grande fluxo de pessoas e meios de transportes. Essa pequena vila está dividida entre uma área legalizada onde se encontra o SRT Morada São Pedro e algumas famílias fundadoras daquele território. É uma área invadida, onde se concentram as demais casas e famílias da vila. Nas suas vielas, se concentram e se dissipam pessoas que vivem do tráfico, da venda de drogas ilícitas como meio de sustento da sua vida e ou da sua família, pessoas que simplesmente circulam, pois residem nesse local, crianças brincando de sequestro com armas feitas de cano e muitos cachorros e gatos. Ao caminhar pelas vielas desse território, me deparei com cheiros, palavras, sons e visões, das quais não estava habituada e vivenciar, e que sempre me causavam um certo desconforto e inquietação. Nas andanças e conversas com moradores, representantes da comunidade e do tráfico, pude constatar que não existe um sistema de fornecimento de água e luz seguro assim como não existe saneamento básico, as casas foram construídas direto no chão e com restos de construção. O representante do tráfico solicitou ajuda com algumas questões específicas como: conseguir que o recolhimento do lixo seja realizado nos dias e horários estabelecidos pela Prefeitura, efetivar o saneamento básico e legalizar o fornecimento de água e luz, trabalhar com os adolescentes da vila questões de sexualidade e prevenção de DSTs, solicitar visita da vigilância sanitária no que diz respeito ao controle de ratos, mosquito da dengue, baratas, cobras e aranhas, conseguir residentes de medicina para atender a população dessa área e desenvolver ações de tratamento e prevenção da tuberculose. Com relação ao comércio de drogas ilegais, “a boca”, como se diz rotineiramente, o que pude vivenciar e destaco aqui, foram duas situações: a tensão que a entrada da brigada

militar gerava no território, assim como, o abuso do poder policial para conseguir informações ou pelo simples fato de mostrar autoridade; e o sistema de organização da “boca” e da vila para dar conta desse ponto de venda no território, as pessoas que trabalham no negócio, assim como, os moradores da vila, tem uma linguagem própria para indicar a presença da polícia, ou a ausência da mesma e possuem um sistema “humano” de vigilância vinte e quatro horas por dia. Na verdade, a “boca”, funciona na mesma lógica de uma empresa, tem uma hierarquia, regras, fluxos de comunicação e uma ética a serem seguidas, visando o lucro, a mais valia. A partir dessa vivência, me pergunto, me questiono o que é vulnerabilidade? Como posso considerar essa vila um território vulnerável? Como as pessoas que ali vivem, e principalmente, as que trabalham no tráfico de drogas ilegais, estão ou são vulneráveis? Como foi que elas vieram a trabalhar no tráfico e morar numa área invadida, foi falta de oportunidades, de acesso a informação, educação e recursos financeiros, etc?

Cena 2: Diálogos necessários sobre pessoas em situação de rua

No segundo semestre de 2013, participei de uma série de encontros que envolvia temas polêmicos, poucos discutidos ou ignorados pela nossa sociedade como descriminalização e legalização do uso de drogas, sistema prisional, pessoas em situação de rua e menores em privação de liberdade. Assim, a cena que destaco, trata do tema pessoas em situação de rua, em especial da realidade de Porto Alegre, sendo um debate muito aquecido pela eminência da realização da Copa do Mundo de 2014. Nesse diálogo, organizado pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Municipal de Vereadores de Porto Alegre, estavam presentes representantes do Jornal Boca de Rua (jornal produzido por moradores e ex-moradores de rua), Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua, Brigada Militar, Ministério Público Estadual e Municipal, Função de Assistência Social de Porto Alegre (FASE) e Secretaria Municipal de Segurança Pública. Resumidamente, dessa discussão acalorada, destaco a fala de um morador de rua que ao pegar o microfone indaga a todos sobre ela ser "dita" vulnerável, quando a sua escolha, o seu desejo é estar, é morar na rua. A rua é a sua casa. E no final da fala diz:

- "Vulneráveis são vocês!"

Após essa fala, o que se seguiu foi um in/suportável e “sonoro” silêncio. Todos os presentes, ficaram olhando uns para os outros com “cara de interrogação e talvez perplexidade”. Já as pessoas que vivem essa situação, da rua, estavam muito satisfeitas e sorridentes com as colocações ditas pelo parceiro. Outra cena que me chamou a atenção, foi disparada a partir da fala do representante da Brigada Militar, que responde, quando indagado sobre o uso de violência para abordar as pessoas em situação de rua. Ele justifica isso colocando que a sociedade é quem cobra e exige esse tipo de abordagem ao morador de rua, pois não querem o morador de rua vivendo na “porta da sua casa” e finaliza dizendo que o modo de agir da Brigada é reflexo da sociedade em que vivemos, que é muito violenta. Desse encontro, as inquietações que essa cena suscitou foram: Como estamos nos preparando enquanto sociedade, para lidar com essas singularidades, essas diferenças? Como as Políticas Públicas existentes, contemplam essas diversidades de desejos e escolhas? Como a área da saúde está dialogando e se aproximando junto a assistência social e o judiciário quando pensamos no des/cuidado a pessoas em situação de rua?

Cena 3: Encontro Macrometropolitano de Redução de Danos

Em 2014, um dos meus cenários de prática foi a Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, situada no Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Nesse cenário, tive a oportunidade de compor a organização e participação nos Encontros Macrorregionais de Redução de Danos. Realizamos ao longo do ano de 2014, sete encontros macrorregionais e a cena que descrevo, foi vivida no Encontro Macrometropolitano de Redução de Danos em Porto Alegre, na Ágora Políticas de Drogas e Direitos Humanos. Dentre os convidados, destaco a fala do Promotor Carlos Cesar De Lia que faz um alerta sobre a urgente necessidade da discussão e reflexão sobre o tema/conceito de vulnerabilidade, principalmente no que diz respeito, as Políticas Públicas, pois é a partir do grau de vulnerabilidade ou de situações de vulnerabilidade que as Políticas Públicas são pensadas e desenvolvidas. Sendo que uma pessoa não

nasce vulnerável, é o não acesso, a falta de oportunidades que a coloca nessa situação. Trago na íntegra, a fala do Promotor Carlos De Lia, para nos ajudar a aprofundar a discussão:

“E por fim, essa ideia de vulnerabilidade é uma questão muito importante, porque é um discurso que pode não raro, e não raro, nos leva a entender que vulnerabilidade é algo ínsito a pessoa, uma pessoa que está vulnerável. Na verdade se sabe que muita relação da questão do abuso e eventual dependência passam não raro pela questão de falta de perspectiva ou carência de outras políticas no campo da educação, da habitação, da alimentação, etc. Então essa vulnerabilidade que tende a nos levar como algo intrínseco a alguém ou alguma população em si vulnerável, na verdade não se trata de nenhuma vulnerabilidade em si, se trata sim de segmentos de pessoas cujos os direitos não estão sendo respeitados. Na verdade o que nós temos, é que essa vulnerabilidade, ela é uma invidade a consequência da não observância de direitos, direito a educação, direito a moradia, direito a alimentação e direito a saúde, numa perspectiva cidadã, de construção de autonomia e do cuidado”.

Posso afirmar que essa fala foi disparadora para me recordar de várias cenas vividas durante minha trajetória na Residência, e nas minhas andanças pelas ruas de Porto Alegre e bairros de Santa Cruz do Sul, cidade em que realizei minha graduação. A partir desse momento, muitas coisas fizeram sentido, como por exemplo, a fala daquele morador de rua, citado na cena 2, indignado com o poder público e os profissionais que atuam nos seus serviços, que me levou a escolha do tema Vulnerabilidade, como discussão e reflexão para o campo da saúde e das Políticas Públicas vigentes no país.

Aprofundando a ideia: as formas que o tema se apresenta

Início o aprofundamento do conceito de vulnerabilidade, colocando em perspectiva o título escolhido: A “dita” vulnerabilidade?, que me remete a ideia de “bem dita” e “mal dita” vulnerabilidade. Mas deixe-me esclarecer que quando penso nessa ideia, quero deixar claro que não se trata de dicotomizar o conceito entre bem ou mal, mas apontar que assim como na vida, temos a oportunidade de produzir encontros que aumentam ou diminuem a nossa potência de agir. E é a partir dessa perspectiva Espinoziana que refiro a “dita” vulnerabilidade. Os encontros que produzimos a partir desse conceito, podem gerar mais inquietações, indagações e novas ideias, ou podem gerar uma acomodação, do tipo “tudo bem, entendi e sigo o meu caminho”, sem afetação.

A partir desse potente encontro, dessa afetação com o tema vulnerabilidade, trago para análise a origem dessa palavra, que segundo o dicionário Online Michaelis quer dizer “caráter ou qualidade de vulnerável”. Já a palavra vulnerável se refere a “**1** que se pode vulnerar; **2** diz-se do lado fraco de um assunto ou questão, e do ponto por onde alguém pode ser afetado ou ofendido; **3** que dá presa à censura, à crítica.” Ainda, segundo o Ciber dúvidas da língua Portuguesa, a “palavra vulnerável vem do latim *vulnerabile*, com idêntico sentido de que, ou por onde, pode ser ferido.”

Dessa procura e verificação, do sentido da palavra vulnerabilidade, em meios de comunicação de fácil acesso a qualquer pessoa, destaco a presença constante, e não por acaso, está na origem, é a essência da palavra, a ideia de que tudo ou todos, temos um lado desprotegido, fraco, que pode ser atingido, afetado. E é a partir disso, que a nossa sociedade, compreende e entende a palavra vulnerabilidade.

Porém, desejo ir mais além, pois justamente, a intensão é de aprofundar essa palavra, passando da ideia geral, para o conceito de vulnerabilidade, que assume diversificadas formas conforme determinada área do conhecimento, e junto a isso, promover um debate reflexivo-crítico sobre a aplicabilidade do tema na área da qual me encontro, a área da saúde com interface nas áreas da assistência social e justiça, que transversalizam diretamente esse tema, discutindo-o e produzindo conhecimento e ações, as vezes, um tanto desarticuladas com

outras áreas do saber e da realidade e outras vezes, contribuem para o enriquecimento do debate.

Para tanto, é interessante registrar que o conceito de vulnerabilidade, no âmbito internacional, segundo Kalipeni (2000) mostra que Watts e Bohle, em 1993, postularam uma estrutura tripartite para desenvolver uma teoria sobre a vulnerabilidade, que consiste no cruzamento/encontro de três forças: *entitlement* que refere-se ao direito das pessoas; *empowerment*, o empoderamento, que se refere à sua participação na vida política, comunitária e institucional; e a política econômica, que se refere ao arranjo estrutural-histórico da sociedade e suas consequências. Dessa maneira, a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida dissemina-se de forma diferente segundo os indivíduos, territórios e grupos sociais e tem relação direta com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional.

Ainda nessa linha, Paris (1999) exhibe um estudo sobre vulnerabilidade à Aids, desenvolvido com base numa abordagem psicossocial, a partir da população de mulheres acometidas. E como um dos resultados, apresenta uma proposta de leitura do conceito a partir de três ênfases: vulnerabilidade ligada aos fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso à serviços; vulnerabilidade ligada aos aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade; e a vulnerabilidade no domínio da significação, que abrange o conceito de risco e a maneira como se manifesta, no ideário social, além da produção de seus distintos sentidos através da história.

No Brasil, e mais especificamente, na área da saúde, o tema vulnerabilidade começa a ganhar status e destaque, a partir da década de 80, com o desenvolvimento e a introdução do campo da saúde coletiva. Ou seja, as ideias das ciências sociais e humanas, atreladas ao estudo da epidemiologia e sistemas em saúde, ganham força e se faz necessário revisitar alguns conceitos e saberes produzidos na saúde pública.

Assim, segundo Meyer *et al.* (2006), “a construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas [epidemiológicas e] preventivas apoiadas no conceito

de risco.” Nesse viés, se faz necessária a discussão da diferença entre essas duas abordagens (risco e vulnerabilidade).

O conceito de risco, na epidemiologia, segundo Ayres (1999), diz respeito às “[...] chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição aos agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico.”

Já o conceito de vulnerabilidade, pode ser resumido como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos[e] contextuais”. (AYRES, 2003, p.123).

As diversas situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser detalhadas pela análise de três dimensões interligadas – a dimensão individual que abarca uma ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e uma ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras); a dimensão social que envolve o acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras; e a dimensão institucional ou programática que conecta os agentes individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso (AYRES, 2003).

Outros autores também têm feito uso do conceito de vulnerabilidade para a explicação de certos processos, como Palma e Mattos (2001), que definem o conceito de vulnerabilidade social, relacionando-o a processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação.

Desse emaranhado discursivo entre risco e vulnerabilidade, para a explicação do processo saúde-doença, considera-se, de forma clara e objetiva que o risco envolve probabilidades e a vulnerabilidade envolve e se relaciona diretamente com a iniquidade e a desigualdade social. Sendo que a vulnerabilidade antecipa o risco e motiva os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer, por exemplo. (AYRES, 1997).

Outro aspecto importante, ao se abraçar a vulnerabilidade, como marco conceitual e disparador de reflexões, principalmente na área da saúde, é atentar para que não se copie a costumeira naturalização do processo saúde-doença. Ademais, é fundamental que não seja dado destaque ao pólo da fraqueza, mas que se destaque o pólo da obstinação e da capacidade inventiva dos indivíduos de superação (AYRES, 2006). Portanto, o conceito vai além da detecção das fragilidades, incluindo a habilidade de enfrentamento dos problemas/agravs de saúde.

Destaca-se também, que tem havido um conflito no uso dos conceitos de risco e vulnerabilidade, o imperativo esclarecimento conceitual evidencia-se no uso que os órgãos públicos fazem destes conceitos, como, por exemplo, o que se constata na Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004). Essa política, apesar de avançar em muitas questões, não consegue deixar clara a conceituação de vulnerabilidade social, nem mesmo de risco social, a ponto de apresentar, muitas vezes, os dois conceitos como sinônimos, gerando confusão no seu emprego, os quais, como foi mostrado, são distintos. Segue o trecho em que isso aparece claramente:

[...] constitui o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL, 2004, p. 33).

Cabe salientar ainda, que muitos programas e ações implantadas pela Assistência Social nos três níveis de governo, federal, estadual e municipal, orientados aos cidadãos brasileiros, estão direcionados para a abordagem do risco social, ignorando o conceito de vulnerabilidade, e pautando o trabalho numa lógica de práticas prescritivas/normativas,

burocratizadas e sem considerar a dimensão subjetiva e coletiva das situações que levam a iniquidade e desigualdades (SARTOR; MARTINS *et al.*, 2002).

Assim, vê-se o descompasso entre saúde e assistência, onde a última aborda a superação do conceito de risco, buscando na complexidade da realidade brasileira e do processo saúde-doença, forjar e refletir o conceito de vulnerabilidade. E por sua vez, a assistência continua na confusão entre risco e vulnerabilidade, porém, precisamos levar em consideração os recentes avanços, conquistados, à luz da criação e implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Por outro lado, Ayres (2001) admite que o conceito de vulnerabilidade, advindo do campo do Direito, é um ensaio válido, no sentido de desarticular o paradigma normativo das práticas de saúde, através de uma aproximação com a promoção dos direitos humanos. Ou seja, não se deseja com isso suprimir a ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar o valor e dar lugar e passagem, a outros tipos de sabedoria na formação de possíveis verdades para a construção da saúde.

Dessa forma, a vulnerabilidade não desconsidera o modelo biológico tradicional, ao contrário, o valida, mas busca incessantemente superá-lo. Vale retomar que a ideia de vulnerabilidade está profundamente apoiada no plano coletivo, e que é forte e profundamente marcada por um referencial ético-político-filosófico, que visa a análise crítica e reflexiva da realidade. Essa perspectiva reflexiva, expande o horizonte, para além do enfoque que culpabiliza e responsabiliza o individual. Ademais, aciona o trabalho participante com a população, de modo a colaborar para que esta seja sujeito de sua vida, operando na lógica da produção de autonomia (PAIVA, 2003).

Porém, essas duas dimensões da ideia de vulnerabilidade se encontram em constante disputa como podemos ver através da discussão realizada na tese de doutorado de José Damico que trata de Políticas Públicas voltadas para os jovens:

[...] quando o Estado circunscreve determinado grupo de indivíduos como vulnerável, exposto ao risco do envolvimento com a violência e o crime, é de se supor que a intenção é de protegê-los, abrir-lhes alternativas, evitando a criminalização. No entanto, o que acaba ocorrendo – nos casos estudados – é a própria infâmia e criminalização. (DAMICO, 2011, p. 260).

Buscando a superação disso, segundo Munoz Sanches e Bertolozzi (2007), para intervir em situações de vulnerabilidade, é imperativo o desenvolvimento de ações e atitudes que estejam baseadas em “respostas sociais”, definida por Ayres (1999) como o engajamento ativo da comunidade na busca de possibilidades solidárias e passíveis de implementação e condução/equacionamento de problemas e necessidades de saúde.

Portanto, o enfoque da vulnerabilidade tem como contribuição essencial trazer para análise a dinâmica dos processos sociais, culturais e individuais que direcionam a tendência dos indivíduos a um certo evento, disparando reflexões mais ampla sobre os processos saúde-doença. Consente, assim, tanto as predisposições orgânicas, como a “forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos.” (AYRES *et al.*, 2003, p.20). Desta forma, a sua potencialidade analítica-crítica e prática beneficia o desenvolvimento de um saber interdisciplinar no território da saúde pública e instiga sua aplicabilidade na apreciação de distintos elementos de interesse (AYRES *et al.*, 2003).

Avançando ainda mais, ao incorporar a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, o modelo de vulnerabilidade, mostra a importância de um saber e de uma prática transdisciplinar, o que é essencial quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, na medida em que a complexidade desse processo convoca diferentes aportes teórico-metodológicos, sob infortúnio de restringir as ações a “atividades” precisas, de caráter emergencial, que não transformam a composição do enredo de causalidade. Vale ressaltar que a explicação do processo saúde-doença, além de estar profundamente amparado nos processos de produção e de reprodução social, não deve desconsiderar a dimensão subjetiva, que envolve às representações/significados que os indivíduos conferem a fatos e à vida em si, o que acaba por influenciar nos comportamentos e atitudes das pessoas.

Cabe retomar ainda, que como a perspectiva da vulnerabilidade, foi introduzida na área da saúde, à luz da necessidade de colocar em movimento o arcabouço teórico-prático da Saúde Coletiva, na medida em que incorpora práticas cuja essência é o cuidado ao indivíduo-coletivo, dispara um intenso processo de discussão e de apoio aos cidadãos brasileiros no que diz respeito aos seus direitos, situação que no atual quadro de saúde e de desenvolvimento do país, se mostra como uma provocação a ser pautada e concretizada, pois coloca-se como

potente dispositivo para a superação e emancipação das práticas em saúde, baseadas num modelo prescritivo, biologicista e médico centrado.

Assim, salienta-se que a reflexão crítica que o conceito de vulnerabilidade inaugura, pode instigar a renovação das práticas de saúde coletiva, nas quais o cuidado às pessoas deve ser assumido e compartilhado por diferentes setores da sociedade, através, principalmente da aposta na multidisciplinariedade, além de reunir distintos atores da sociedade, todos almejando e estabelecendo projetos de cuidado com a população, tendo como norte que “a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.” (AYRES, 2001). E vou mais além, essa atitude cuidadora, precisa se expandir para além do campo da saúde, através de um trabalho em rede e inter e intrasetorial.

Por fim, introduzindo e ampliando a discussão para o contexto da formação em saúde, pondera-se a importância que o trabalho em saúde congrega no ato de ser repensado, de forma a incorporar e refletir constantemente sobre o conceito de vulnerabilidade social no sentido de (re) introduzir outros saberes, além do científico, para o estabelecimento e constante revisão das práticas de saúde. Entretanto, para que este processo constante de (trans)formação se efetive, entende-se que seja importante os atores da área da saúde, serem convidados a repensar suas ações e concepções até então centradas no modelo biomédico, individualista e normativo, ao lado de outros modelos capazes de fazê-los vivenciar e modificar as suas práticas de modo a trocar o ímpeto normativo pela coragem do diálogo entre saberes científicos e não-científicos (SANT’ANNA, HEMMINGTON, 2010). Sendo que uma aposta possível de efetivação, seria a promoção de encontros, rodas de conversa, momentos de trocas de experiências, entre estudantes, trabalhadores, gestores e usuários/comunidade para discutir e refletir sobre a realidade, tendo como pauta o tema da vulnerabilidade, com objetivo de sensibilizar, de dar sentido e passagem a esse conceito no corpo de cada um, dando materialidade e vida ao pensar-refletir no corpo social-comunitário também.

Onde chego: algumas brechas abertas

Partindo do pressuposto de que esse trabalho tem como objetivo refletir e problematizar o conceito de vulnerabilidade, a partir da ferramenta narrativa, pesquisa narrativa. E desejando manter a coerência de produzir distintas verdades, disparando um processo contínuo de indagação sobre esse tema, ofertando, dialogicamente, algumas possibilidades de questionamentos sobre o processo vivido a luz da ideia da “dita” vulnerabilidade.

Desse intenso debruçar-se sobre o processo de sentir-pensar-agir sobre as realidades que se identificam como vulneráveis, passo a pensar que hoje, o que temos, é um (in)tenso e profundo processo de vulnerabilização das pessoas e de situações. Pois, fica claro, que a partir das minhas vivências e compartilhamento em grupo, percebo que a vulnerabilidade não é uma CONDIÇÃO, mas uma PRODUÇÃO. Ou seja, a gente não nasce vulnerável, é o contexto em que vivemos e as relações que estabelecemos que determinarão se há vulnerabilidade e a partir disso, criamos critérios, estabelecemos fluxos e condutas que retroalimentam essa produção de vulnerabilidade.

Trazendo esse intenso processo de produção de vulnerabilidade para o campo do cotidiano do trabalho em saúde, observo que a questão reside, no momento em que nós profissionais vemos o sujeito e atuamos a partir desse diagnóstico: ele é vulnerável; e estabelecemos condutas e dizeres para essa situação. Já que passamos a ignorar completamente o sujeito na dimensão de seus desejos, querer e saberes, no sentido de compartilhar o cuidado, disparando um processo de corresponsabilização dessa relação de produção de saúde e autonomia.

A partir disso, incorremos em várias armadilhas tal como a banalização e naturalização do conceito de vulnerabilidade. A banalização, diz respeito ao uso indiscriminado da palavra vulnerabilidade, os profissionais, as pessoas usam essa palavra sem ter o real conhecimento da complexidade que ela abarca. O termo é usado nas mais diversas situações de risco, de conflitos, que muitas vezes não caracterizam uma situação vulnerável. Já a naturalização do conceito de vulnerabilidade, diz respeito a considerar essa produção, essa realidade de vulnerabilidade um processo natural, intrínseco ao ser humano, a sociedade, a realidade

vivida. A ponto de não conseguirmos mais problematizar essa “dita” vulnerabilidade nos mais diversos meios, sejam eles acadêmico, social, individual e público, por exemplo (FOUCAULT, 2000a).

Ou seja, é necessário esse constante movimento de questionamento sobre a realidade vivida, pois coexiste sempre um intenso campo de disputas e formas de apropriações e uso de uma ideia, um conceito, uma prática, que vai sendo capturado e naturalizado, a ponto de não conseguirmos mais problematizar o seu uso, vamos criando formas, padrões e normas que falam de um modo de ser, de agir. Porém, como a vida é paradoxal e está sempre em processo e portanto, num continuo movimento de mudança, as sociedades e seus modos de operar também o são, se faz importante esse ato de desnaturalizar os corpos, os lugares que ocupamos no convívio em sociedade.

Como consequência dessa banalização e naturalização, temos uma interferência forte da moral, no sentido de encontrar desculpas ou culpabilizar através ou em nome da vulnerabilidade. O que desejo mostrar com isso, é que justificamos ou relevamos certas condutas e comportamentos porque o sujeito está vulnerável ou a situação em questão é vulnerável. E outras vezes, culpamos os sujeitos ou as situações, como se deliberadamente, os mesmos se colocassem nessa posição de vulneráveis.

Um exemplo do que quero dizer com isso, é a fala do representante da Brigada Militar, descrito na cena 2, que usa as dificuldades da sociedade, das pessoas como desculpa para justificar a violência contra indivíduos que estão numa situação de fragilidade, de vulnerabilidade. Nessa mesma linha ainda, José Damico (2011), diz o seguinte:

Quando digo que são vulneráveis os pobres e negros, sem auto-estima, abandonados pela família e rejeitados pela escola, [...], estou enunciando uma tese empiricamente correta, do ponto de vista sociológico, e estou denunciando as responsabilidades que a sociedade tem na formação da delinquência, da transgressão do crime, estou abrindo espaço para a defesa e a proteção dos vulneráveis e para a reversão do quadro das tendências, [...]. Mas, ao mesmo tempo estou municiando o policial na esquina, em seu comportamento racista, classista, estigmatizador. E mais: estou tratando os vulneráveis como problema ou ameaça potencial que representam, em vez de enfatizar e defender seus direitos de acolhimento, a uma vida saudável. (SOARES, 2004 *apud* DAMICO, 2011, p. 260).

Outra questão, que considero de suma importância, é como estamos enquanto profissionais e representantes de espaços/instituições públicas, escutando essas situações

“ditas” vulneráveis e se estamos perguntando, questionando as pessoas se elas se entendem/identificam a sua situação ou suas relações como vulneráveis e se estamos explicando o que é esse conceito e como ele pode operar na vida individual e coletiva. Porque isso, essas simples questões, essa parada para escutar, acolher, faz toda a diferença e interfere diretamente no modo como se ofertará o cuidado, a assistência e estabelecerá os princípios, os caminhos pelos quais o profissional, partindo das demandas da pessoa poderá traçar um processo de ações e serviços que contemplem as necessidades, realidade e possibilidades desse sujeito.

Trago isso como reflexão, pois na cena 2, em que narrei a indignação e provocação de uma pessoa em situação de rua que está nos dizendo que não é vulnerável (é o Estado e a academia que produzem isso), que tem o direito de escolher, de desejar viver na rua e que ela exige ser respeitada e acolhida nessa singularidade sem ser rotulada, taxada de vulnerável, sem mencionar os inúmeros preconceitos que a sociedade e os serviços públicos manifestam quando do cuidado e assistência a esse público.

Porém, partindo da perspectiva acima, e da própria realidade vivida e narrada, indago hoje, como as Políticas Públicas conseguem contemplar e disparar esse tipo de processo. Falo da construção conjunta com o usuário do sistema público, falo de acolhimento, escuta, corresponsabilização e horizontalidade/democratização dos processos e das relações entre profissionais e destinatários dos serviços públicos. Afinal, não vivemos em uma democracia, precisamos nos desafiar a viver na radicalidade, as possibilidades que a concepção de democracia nos oferece, enquanto convívio e relações em sociedade. Reafirmando esse prisma, Guillermo O'Donnell define que

[...] a democracia não é só um regime político (poliárquico), mas também um modo particular de relacionamento, entre Estado e cidadãos e entre os próprios cidadãos, sob um tipo de princípio da lei que, além da cidadania política, preserva a cidadania civil e uma rede completa de accountabilities, [ou seja] a rede de controle que alguns órgãos estatais exercem sobre a ilegalidade das ações de outros desses agentes. (O'DONNELL, 1998, p. 52).

Identifico ainda, que o conceito e o tema vulnerabilidade, tem influência direta e constitutiva das Políticas Públicas e que pouco a discutimos no setor saúde e entre outros setores, como por exemplo o da assistência social e justiça, dentre outros. A vulnerabilidade, é então, balizadora na construção de Políticas Públicas e na oferta de serviços, assim como,

é a partir dela que se estruturam fluxos de comunicação e de ações que tenham como objetivo alcançar o usuário dessa Política Pública e mudar sua realidade.

No entanto, essa quase ausência de discussão no setor saúde e intrasetorialmente falando, é fruto de diversas questões. Dentre elas, saliento a forma como a muitos anos, no Brasil, viemos adotando como método de ensino, a compartimentalização dos saberes e práticas, que se reflete na forma de formar em saúde. E também, reflete a nossa dificuldade de dialogar e estabelecer zonas, fronteiras de aproximação e diálogo com outras áreas do saber.

Acabamos nos especializando tanto, em uma determinada parte que não conseguimos estabelecer pontes com a complexidade da vida, do viver, com a complexidade do conhecer/saber. Mas nem tudo está perdido, recorro ao trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar, como uma forte aposta e resposta possível para o enfrentamento dessa dura realidade, no sentido de integrar prática e teoria, processo pelo qual venho vivenciando na residência e que tem se mostrado como uma disponibilidade real e potente para superar o método de ensino vigente no nosso país.

Destaco também, a partir de minhas aproximações com essa realidade e da elaboração a partir do recontar essas experiências, a captura do conceito de vulnerabilidade pelos setores saúde, assistência e justiça (por exemplo) para explicar essa produção de mais vulnerabilidade e em nome disso, estabelecer critérios e fluxos de trabalho e acesso aos serviços públicos, que não dialogam com os sujeitos, a sociedade e principalmente, a realidade. Volto aqui, a questionar como estamos operando as Políticas Públicas, pois quando chegam ao destinatário, chegam com inúmeras barreiras e processos burocratizados, ao invés de serem facilitadoras do acesso a bens e serviços públicos. Pois, como aponta Guillermo O'Donnell:

Talvez nada sublinhe melhor a privação de direitos dos pobres e socialmente fracos do que quando eles interagem com as burocracias das quais precisam obter trabalho, [...] ou simplesmente, quando têm de ir a um hospital ou delegacia de polícia. [...] não é apenas a imensa dificuldade que eles enfrentam para obter o que nominalmente é seu direito; é também o modo indiferente, quando não desdenhoso, como eles são tratados, e a óbvia desigualdade acarretada pelo esquivamento privilegiado dessas provações. (O'DONNELL, 1998, p.45).

Assim, coloco em questão a seguinte análise, a de que precisamos aprofundar o debate sobre o tema no seguinte sentido, precisamos olhar, encarar a realidade, as situações vividas pela maior parte da sociedade brasileira e nos perguntar como estamos produzindo essas situações, e então chegaremos ao cerne de uma complexa questão que requer, ao menos, duas pontuações.

A primeira questão, trata-se de reconhecermos que na verdade, é o não acesso aos direitos fundamentais garantidos pela Constituição Brasileira de 1988, que gera, que possibilita situações de vulnerabilidade. A segunda questão, diz respeito ao modo como o nosso sistema socioeconômico vem se desenvolvendo com a prática do capitalismo e de um estado mínimo. Como disse, são questões complexas e que precisam ser discutidas e revistas mais abertamente por toda a sociedade, pois a prática do capitalismo tem gerado modos de vida e de comportamentos, que a meu ver, são muito questionáveis e estão na contramão da nossa Constituição e do ideal de sociedade que ela pretende operar. Essa perspectiva é corroborada por Guillermo O'Donnell (1998, p.54) quando afirma que “esse mesmo sistema legal é a lei de uma sociedade capitalista e, enquanto tal, estrutura e garante algumas relações sociais que são intrinsecamente desiguais”. Ou seja, é a partir da produção de relações desiguais, geradas pela sociedade capitalista, que a “dita” vulnerabilidade passa a existir e a produzir identidades estigmatizadas.

Contudo, como resposta a isso, aponto as iniciativas da Câmara de Vereadores de Porto Alegre, do Departamento de Direitos humanos da Procuradoria Geral do Estado, do Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde em efetivar políticas de saúde na linha da garantia do acesso e da equidade e diversidade tendo como diretriz de trabalho a redução de danos, em discutir e pautar temas polêmicos e realidades que são invisibilizadas pela nossa sociedade tais como: o sistema prisional, descriminalização das drogas, realidades complexas ou “ditas” vulneráveis, dentre outras questões.

Ainda, aponto que na “atrapalhação” de lidar, conceituar e operar com a complexidade, acabamos cindindo-a, e a colocamos em formas, sendo que uma delas é a forma da vulnerabilidade. E então, quem ganha com isso? A sociedade, para se livrar de certos modos de estar na vida, que não correspondem ao padrão hegemônico, e ao mesmo tempo, que denuncia a nossa dificuldade em compreender e aceitar a diferença, a nossa intolerância e

medo frente ao desconhecido, em que o movimento natural é excluir tudo que se diferencia da norma. O Estado, que usa a “dita” vulnerabilidade para invisibilizar o não acesso aos direitos básicos de qualquer cidadão, mascara a dificuldade do mesmo em ofertar acesso aos serviços e Políticas Públicas e inviabiliza o questionamento dessa estrutura técnico-burocrática que é a instituição pública. E o sistema capitalista/econômico que de forma predatória se alimenta das Políticas Públicas com a desculpa da importância de coloca-las em prática, e de, ao mesmo tempo, se beneficiar delas, pois as pessoas passam a ter condições de acesso a outros bens de consumo.

Assim, percebo que se o conceito de vulnerabilidade for utilizado como um dispositivo, o mesmo poderá operar profundas e intensas mudanças no modo de agir e produzir conhecimento sobre a saúde e sobre o trabalho em rede e intersetorial. Pois assim como a educação permanente, o apoio institucional, a redução de danos como diretriz do cuidado em saúde, o acolhimento, e tantos outros dispositivos em saúde, que contem na sua essência a democratização dos processos e das relações de trabalho, a horizontalidade numa postura dialógica, iremos desenvolver um sentir-pensar-agir que esteja conectado com a realidade brasileira e com os usuários dos serviços públicos.

Outra importante constatação é a de que a partir da discussão e das práticas baseadas no conceito de vulnerabilidade, se inaugura, fortalece e (re) introduz a discussão dos direitos humanos na saúde, da saúde como um direito e assim, a necessidade do trabalho intrasetorial e interdisciplinar. Discussão a muito renegada e engolfada pelo discurso biomédico da doença, que impõem ao setor saúde marcas profundas de um trabalho prescritivo e normativo, tendo como objeto a doença e seus agravos.

Por fim, no intuito de resgatar a coerência, com a proposta dessa escrita, e da metodologia utilizada, de ser provocativa e produtora de possíveis reflexões, e ainda, na linha da leveza e do diálogo, acredito que o meu compromisso com a temática desenvolvida, a militância por uma saúde para todos e uma sociedade mais justa e acolhedora das diferenças, acebei por me empolgar em tecer determinadas, ou melhor, ditas constatações, colocando-as num tom de “verdades absolutas”. Porém, o que desejo, é simplesmente, que estas colocações, agenciem novas e outras tantas possibilidades de se pensar, é apenas, “lançar

uma luz” sobre essa “dita” vulnerabilidade e com tudo o que dela implicar. E seguimos na vida!!

Referências Bibliográficas

AYRES, José. Ricardo. **Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. São Paulo: Boletim Epidemiologia, 1997.

_____. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids**. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Orgs.). Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

_____. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Revista Comunicação em Saúde Coletiva, Volume 6, 2001; p. 63-72.

AYRES, José Ricardo et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em: 15/01/2015

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

Ciber dúvidas da língua portuguesa. Disponível em: <http://www.ciberduvidas.com/pergunta.php?id=22047>. Acesso em 05/01/2015.

CONNELLY, M. CLANDININ, D. J. **Narrative Inquiry Complementary Methods for Research in Education**. 3. Ed. Washington: American Educational Research Association, 2004.

COUTO, Mia. Aula Magna **“Guardar memórias, contar histórias e semear o futuro”** da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, set. 2014.

DAMICO, José Geraldo Soares. **Juventudes governadas: dispositivos de segurança e participação no Guajuviras (Canos-RS) e em Grigny Centre (França)**. Porto Alegre: UFRGS, 2011. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa. Filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, Gilles. **¿Que és un dispositivo?** In: Michel Foucault, filósofo. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Barcelona: Gedisa, 1990.

Dicionário Online Michaelis. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=vulnerabilidade> . Acesso em 05/01/2015.

ELY, M et al. **On Writing Qualitative Research: Living by words**. London and Philadelphia: Routledge Falmer, 2001.

FIGUEIREDO, Regina. AYRES, José Ricardo. **Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 20. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____. **Professora, sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar**. São Paulo: Olho D'Água, 1993.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Sobre a História da sexualidade**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **Microfísica do poder**. 14. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000a.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. Tradução de Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas, SP: Papirus, 1990.

GONÇALVES, Oscar F. *Educação Narrativa do Professor*. Coimbra: Quarteto, 2001.

_____. **A psicoterapia como construção conversacional**. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Eds.) *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. Coimbra, Portugal: Quarteto, 2007.

GUIMARÃES, Cesar. **Ordinário e o extraordinário das narrativas**. In: Guimarães C, França V (Orgs.). *Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano*. Belo Horizonte: Autêntica; 2006.

Kalipeni E. **Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective**. Society Scientific Medical [serial on the Internet]. 2000 Apr [cited 2001 Nov 11]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/Science>

MEYER, Rose *et al.* **Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS**. Am J Public Health. 2006.

O'DONNELL, Guillermo. **Poliarquias e a (In)efetividade da Lei na América Latina**. Revista Novos Estudos, nº51, 1998.

PAIVA, V. PERES, C. BLESSA, C. **Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção**. Revista Psicologia da USP, 2002.

PALMA, A. MATTOS, U. A. O. **Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social**. História, Ciências e Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, nº3, volume 8, Set./Dez, 2001.

PARIS, S. M. J. **Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina**. São Paulo: Folha Médica UNIFESP, 1999.

PINHEIRO, Roseni. IV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Coordenadora da mesa de abertura do Seminário. Porto Alegre: UFRGS, Out/2014.

RICHARDSON, L. **Writing: A method of inquiry**. In Denzin, N. and Lincoln, Y (Eds) *Handbook of Qualitative Research*, Califórnia, EUA: Sage, 1994.

SANT'ANNA, Suze Rosa. HEMMINGTON, Élida Azevedo. **Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia.** Revista Interface Comunicação, Educação, Saúde. Botucatu, São Paulo, v.14, n.32, p.2, jan./mar. 2010.

SARTOR, C. D.; MARTINS, A. C.; SILVA, N. C. R. **Seletividade e focalização versus universalização: dilemas presentes nas políticas e programas para a infância e juventude.** O Social em Questão. Rio de Janeiro: PUC-RJ, Departamento de Serviço Social, v. 7, ano 6, primeiro semestre de 2002.

SOARES, L. E. **Juventude e violência no Brasil contemporâneo.** In: NOVARES, Regina; VANUCCI, Paulo. (org.). Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.