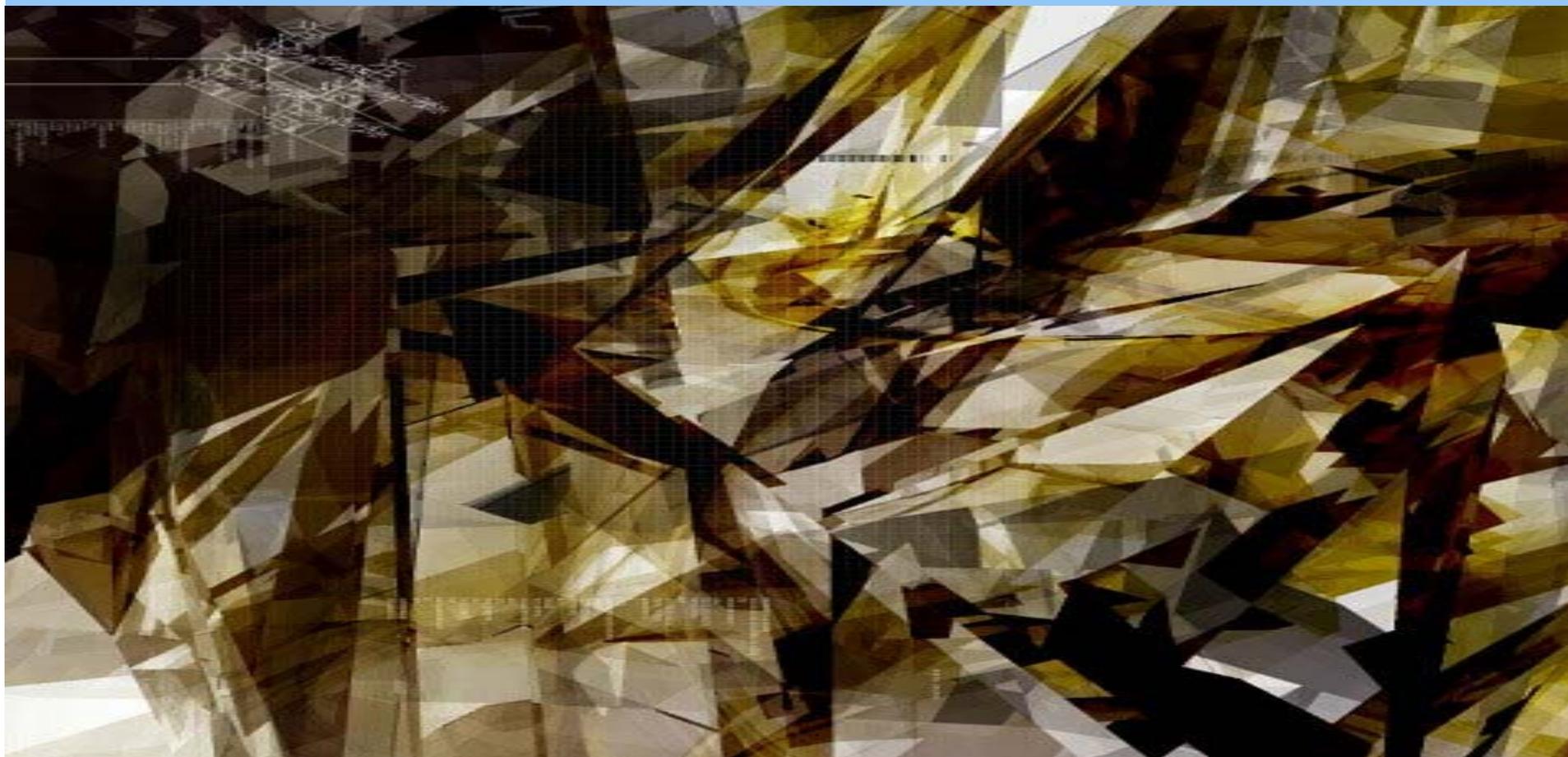


Anais do Seminário Nacional Sobre Saúde e Violência na Perspectiva da Vulnerabilidade

9º Encontro do Leifans



16, 17, e 18 de novembro
Centro de Eventos Plaza São Rafael
Av. Alberto Bins, 509 - Centro - Porto Alegre



Ficha Catalográfica

CEPEEn (Brasília-DF)

Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na Perspectiva da Vulnerabilidade
(2005 : Porto Alegre, RS).

Anais do Seminário Nacional sobre Saúde e Violência na Perspectiva da
Vulnerabilidade / organizado por Joel Rolim Mancia e Maria da Graça Motta. Brasília :
Associação Brasileira de Enfermagem-(ABEn), 2007.

(Trabalhos em CD-ROM).

ISBN:978-85-87582-28-7

1. Saúde. 2. Violência. 3. Vulnerabilidade. 4. Congressos.
2. I. Mancia, Joel Rolim. II. Motta, Maria da Graça. III. Título.
CDU 616-083(81)(063)

Sumário



Próximo

O QUADRO CONCEITUAL DA VULNERABILIDADE E SUA PRODUTIVIDADE PARA OS ESTUDOS SOBRE VIOLÊNCIA, GÊNERO E SEXUALIDADE – UMA DISCUSSÃO CONCEITUAL

Dagmar Estermann Meyer*

Sob a forma de resumo ampliado, este texto responde à demanda que acompanhou o convite para minha participação na Mesa Redonda *Gênero, violência e vulnerabilidade*, onde discuti o conceito de vulnerabilidade, para que fosse possível pensar sua produtividade para os estudos sobre violência, sexualidade e gênero, que seriam explorados pelos demais componentes da mesa. Tendo essa incumbência como eixo orientador, minha fala se apoiou de forma explícita em um conjunto de textos e de autores/as¹ que tomo a liberdade de só nomear diretamente, a partir daqui, quando me utilizar de suas palavras em citações literais, sendo essa uma advertência importante para guiar a leitura deste resumo.

*Enfermeira. Doutora em Educação. Professora adjunto na Faculdade de Educação da UFRGS. Integrante do Grupo de Estudos de Educação e Relações de Gênero. Pesquisadora do CNPq.

¹Ayres, José Ricardo M.; França-Júnior, Ivan; Calazans Gabriela; Saletti-Filho, Haraldo C. 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 (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-39; Diniz, Débora; Guilhem, Dirce. Bioética Feminista: o resgate do conceito de vulnerabilidade. Boletim da Sociedade Brasileira de Bioética. Ano II, n. 3, junho de 2000: 7-8; Fañça Jr, Ivan; Ayres, José Ricardo. Saúde pública e direitos humanos. In: Fortes, PAC; Zobel, ELPC (orgs.) Bioética e Saúde Pública. São Paulo: Ed. Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2003: 63-9; Gorovitz, Samuel. Reflections on the vulnerable. In: Bankowski, Z.; Bryant, J. H. Poverty, vulnerability and the value of human rights. A global agenda for bioethics. Genebra; Council for International Organizations of Medical Science, 1995: 203-6; Delor, F; Hubert, M. Revisiting the concept on vulnerability. Social Science & Medicine, 50, 2000: 1557-70; Meyer, Dagmar; Melo, Débora F.; Valadão, Marina; Ayres, José Ricardo. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cadernos de Saúde Pública, 2006 (no prelo).

A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco. E eu quero destacar aqui, que podemos entender esse recente de várias formas, não necessariamente vinculadas a uma busca pela origem do conceito, mas muito mais nos sentido de perguntar-se acerca **das condições que tornaram possível e legítima a sua inserção e adoção no âmbito da saúde pública**, em um determinado tempo e lugar, qual seja o final dos anos 80, os EUA, a Universidade de Harvard, etc. Nesse sentido, um primeiro aspecto a ser brevemente discutido é a diferença entre a abordagem do risco e da vulnerabilidade para então explorar algumas das possibilidades da adoção do referencial da vulnerabilidade nos campos da educação e da saúde.

O conceito de risco, intensamente desenvolvido pela epidemiologia a partir dos anos 50 do século XX, conformou-se como um instrumento de quantificação das possibilidades de adoecimento de indivíduos ou populações, a partir da identificação de “associações entre eventos ou condições patológicas e outros eventos e condições não patológicas, **causalmente relacionáveis**” (Ayres e cols., 2003: 127). As conquistas decorrentes da aplicação deste conceito às práticas de saúde pública foram associadas à sua operacionalidade, à ampliação da **capacidade preditiva e de controle** ou eliminação de determinados fatores de risco, com conseqüente redução de **probabilidade** de ocorrência de agravos e danos.

Principais problemas que foram identificados relativamente ao uso do conceito de risco:

- 1) não leva em conta a variabilidade e a dinâmica dos significados sociais das variáveis selecionadas;
- 2) passa de uma categoria analítica abstrata para uma prática de intervenção sem as mediações necessárias para que ganhe significados reais;
- 3) reduz os fenômenos a alguns de seus componentes que podem ser isoladamente mensuráveis;
- 4) decompõe o todo em partes, associadas entre si por relações lineares e fixas de causa-efeito e, assim, lidam com uma positividade condicional inerente a um discurso que abstrai a variabilidade, a complexidade e a dinâmica dos significados e das práticas sociais em que tais possibilidades de adoecimento são vividas e experienciadas;
- 5) fornece explicações parciais das chances de adoecimento, permitindo que, aplicadas aos comportamentos relacionados à saúde, tais relações de causa-efeito (traduzidas como probabilidade de ocorrência), sejam descritas como “um risco que as pessoas [ou grupos] decidem correr” (idem, p. 126) por ignorância, por irresponsabilidade ou por livre escolha;

6) é uma ferramenta analítica que responsabiliza (e culpabiliza) o indivíduo ou grupos de indivíduos.

No campo da saúde, esse enfoque começou a ser fortemente tensionado com o advento do HIV/aids, sobretudo em função das críticas que se fizeram aos conceitos de **Grupo de risco** (que de categoria analítica abstrata – elas de fato nunca o são – passou a funcionar como categoria ontológica, que inscreve o risco em uma determinada categoria de indivíduos e, dessa forma, o essencializa, produzindo estigma e discriminação) e **comportamento de risco** (que diminui o peso do estigma dos grupos ao deslocar o foco para o comportamento do indivíduo e que, dessa forma, universaliza a preocupação com o problema e estimula o envolvimento do indivíduo com a prevenção, mas reforça a responsabilização e culpabilização do indivíduo pelo seu problema de saúde).

É no contexto do enfrentamento e da disputa que se configura na esteira da epidemia da aids, a partir da intersecção entre o ativismo nesse campo e o movimento internacional pelos Direitos Humanos, que o conceito de vulnerabilidade se torna mais visível no campo da saúde. Hoje, ele faz parte do repertório teórico-metodológico em saúde e 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” que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção (idem, p. 123).

Delor e Hubert (2000), entretanto, assinalam que o conceito tem sido também bastante usado, por exemplo, no âmbito das Ciências ambientais, em seus diferentes desdobramentos, quando se trata de estudar os desastres ambientais, e na área da criminologia. Eles consideram que vulnerabilidade é uma forma de análise que busca compreender o que chamam de “distribuição desigual do risco”. Ou seja, esse tipo de análise e avaliação demanda a compreensão de processos de diferenciação social que se materializam como desvantagens de diversos tipos e ajuda a compreender melhor porque e como determinados grupos e indivíduos se tornam, em determinado tempo e contexto, mais vulneráveis que outros.

As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas, segundo Ayres e cols (2003), pelo re-conhecimento de três componentes interligados - o individual, o social e o programático ou institucional, os quais remetem às seguintes questões de ordem prática: **vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?**

Os componentes da **vulnerabilidade individual** que têm sido pontuados pelos estudiosos do tema são, fundamentalmente, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem

e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras). Portanto, no plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos e abordados, nesse quadro conceitual, como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas. Eles são relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los.

Entretanto, mesmo com esse enfoque, continuam sendo priorizados, neste componente, os aspectos informativo e comportamental que situei anteriormente. Nesse sentido, considerando-se tanto a legitimidade já conferida ao conceito talvez se pudesse enriquecer ou mesmo ressignificar esse componente, acrescentando a ele condições que dizem respeito às possibilidades e ao desejo que os indivíduos têm para reconhecer-se como sujeitos das representações “saudáveis” produzidas e veiculadas nas práticas educativas (Meyer e cols, 2006). Ou seja, trata-se de buscar articular de forma mais incisiva as dimensões individual e programática, no sentido de perguntar-se se os conhecimentos e políticas e programas de saúde não contribuem para produzir, aumentar ou manter a vulnerabilidade que se propõe a modificar ou romper.

O componente **social da vulnerabilidade** envolve o acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana; estas condições estão 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 elas precisam, então, ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos e assistenciais aos quais dão sustentação (Ayres e cols, 2003).

O **componente institucional ou programático da vulnerabilidade** conecta os componentes 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. A meu ver, ele envolve, também, os processos formais de produção de conhecimento, tanto em termos do que se prioriza conhecer, do incentivo político e financeiro que implica na priorização do que se busca conhecer, quanto da decisão política que determina a maior ou menor viabilidade, validade e visibilidade desses conhecimentos.

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que *as pessoas não são*, em si, vulneráveis, mas *podem estar* vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Nesse sentido, essa abordagem é indissociável de uma “atitude compreensiva” de conhecer, com a qual se assume que as “partes” com as quais lidamos em nossos cotidianos profissionais fazem sentido dentro de um todo que as torna apreensíveis e, em certa medida decodificáveis, para funcionarem como eixos articuladores de práticas educativo-assistenciais em saúde (Meyer e cols, 2006).

Delor e Hubert (2000), por sua vez, e de forma convergente em muitos aspectos, nos ajudam a pensar a vulnerabilidade também em 3 dimensões, que precisam ser re-conhecidas e consideradas de forma articulada:

- 1) a trajetória social dos indivíduos, ou seja, o que e como eles vão se tornando o que são, ao longo da vida – é o que eles chamam de fragilidades biográficas ou vulnerabilidade identitária;
- 2) a interação entre diferentes trajetórias sociais – o que eles chamam de vulnerabilidade relacional;
- 3) o contexto das trajetórias e das interações – como e onde elas são produzidas, vividas e significadas de determinados modos, também chamada por eles de vulnerabilidade contextual ou impacto macro social.

Eles também argumentam que a vulnerabilidade resulta da conexão, sob determinadas circunstâncias e condições, de um **conjunto articulado** de riscos:

- 1) exposição – envolve o risco de estar exposto a elementos que configuram uma situação crítica;
- 2) capacidade – o risco de dispor, em maior ou menor grau, dos recursos (individuais, sociais e programáticos) necessários para fazer frente a essas situações;
- 3) potencialidade – o impacto diferenciado dos resultados ou das conseqüências disso sobre a vida dos indivíduos e das populações.

Tendo apresentado, brevemente, desdobramentos conceituais do termo vulnerabilidade, penso que:

- 1) vulnerabilidade pode ser uma ferramenta analítica útil tanto para a problematização de processos de vulnerabilização quanto para a proposição de formas de intervir neles. Penso também, que nossos estudos não precisam, necessariamente, se comprometer, ao mesmo tempo, com estes dois objetivos. Ou melhor, eu penso que problematização é uma forma particular e necessária de intervenção, na medida em que ela demanda o exame e a reflexão sistemática daquilo

que pensamos, fazemos e somos como sujeitos sociais;

2) pensar o quadro referencial da vulnerabilidade como uma forma de intervenção estrito senso, ou seja, como baliza para o fazer em educação e em saúde, considerando-se os pressupostos teóricos e políticos com que introduzi, retomei e ampliei ao longo de todas as minhas aulas, demanda a disposição de assumir vários e concomitantes desafios: a) o desconforto de operar com a incerteza, a dúvida e a provisoriedade (na medida em que a vulnerabilidade é produzida, em grande medida, no âmbito de processos de significação cultural e no âmbito de processos de diferenciação social); b) o desafio de **operar** com o Ayres e colegas (2003, p.127) nomeiam como “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”. Ou, como enfatiza Gorowitz (1995), vulnerabilidade é um construto lingüístico que não envolve uma condição binária – ser ou não ser. É um conceito multifacetado, heterogêneo e instável.

Em síntese e para finalizar, o referencial da vulnerabilidade pode contribuir muito para a renovação de práticas de saúde em geral e, particularmente, para aquelas que demandam a compreensão e a intervenção em relações de gênero, porque consiste precisamente na busca de um novo horizonte para situar e articular riscos, “causalidades” e “determinações”, trazendo-as para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos em relação no qual essas relações ganham sentidos singulares (Meyer, 2006).