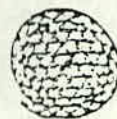


18 folhas
 18 óleos



José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
 Ivan França Júnior
 Gabriela Junqueira Calazans

Muito já se disse a respeito do impacto da AIDS sobre práticas, concepções e valores contemporâneos, em especial aqueles relativos às ações de saúde, seja na perspectiva dos conhecimentos e tecnologias aplicados, seja no plano da formulação e execução de políticas públicas (Fee & Fox, 1988, 1992; Crimp, 1991; Paiva, 1992; Loyola, 1994; Parker, 1994; Parker & cols., 1994; Czeresnia & cols., 1995). De fato, são tão amplas e radicais as tensões trazidas pela experiência da AIDS que parecemos reviver o conturbado século 19 europeu, quando profundas transformações sociais tiveram nas epidemias emergentes da época seu espelho e imagem a um só tempo. Espelho porque tais epidemias expunham cruamente às sociedades industriais que ali se desenvolviam suas características constitutivas. Imagem porque tal (re)conhecimento implicava a iniludível necessidade dessas sociedades assumirem e enfrentarem suas próprias fragilidades e conflitos, desafio que não poderia ser escamoteado senão à custa de ameaçadores abalos nas bases normativas de sua sociabilidade (Rosen, 1994).

Também nós, guardadas as especificidades, parecemos atravessar um período de significativas inflexões, para as quais não se pode prever o desfecho, é verdade, mas pelas quais sabemos não poder também passar incólumes – a AIDS sendo nosso espelho e imagem. Como afirma Mann (1985: 8): “Nosso desafio hoje – pessoal e coletivo – não deve ser subestimado. Temos nós confiança em nosso conhecimento,

nossa experiência, nossas descobertas? Temos nós a necessária coragem, forta e imaginação? A epidemiológica – nossa especial responsabilidade – não vai esperar. Encontramo-nos, de modo inesperado e aterrador, em uma grande e cruzilhada da História mundial”.

A efitiva experiência sanitária do século passado deu origem a alternativas políticas, culturais e tecnológicas que ainda norteiam parte substantiva de nossas práticas de saúde (Ayres, 1995). Hoje, porém, são essas mesmas alternativas que, como era de se esperar, vêm situar-se no centro das inquietações de que nos fala o excerto acima. E é exatamente nesse contexto dos transcendentais e diversificados desafios, frente aos quais a epidemia da AIDS nos coloca na atualidade, e da importância nuclear do arsenal científico-tecnológico para nossa capacidade de responder-lhes que parece adquirir especial relevância o emergente conceito¹ de *vulnerabilidade* (Mann & cols., 1993).

Fruto desse contexto e, simultaneamente, movimento de reação a ele, a conceituação da vulnerabilidade a HIV/AIDS pode ser definida como o *esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento*. Como horizonte

¹Rigorosamente falando, a expressão *vulnerabilidade* está ainda longe de construir uma identidade objetiva com a especificidade e clareza normalmente cobradas dos conceitos. No entanto, considerando a natureza de sua ambição discursiva, além de facilidades retóricas, vamos nos permitir a liberdade de assim designá-la.

Ipê Rosa – GLSTB
 RUA 08 N° 331 – ED. COELHO
 (RUA DO LAZAR) – ST. CENTRAL
 FONE: 223-128
 CEP 74.001-970 – GOIÂNIA - GO

teórico e instrumental conceitual, a vulnerabilidade surge, em síntese, como um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam cada um de nós expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para nos protegermos a todos.

Não obstante sua ainda acentuada polissemia e multivocidade, o conceito de vulnerabilidade vem, efetivamente, abrindo novas e promissoras perspectivas para o conhecimento e intervenção sobre a AIDS, especialmente no que diz respeito ao aspecto prevenção (Skinner, 1995; Ayres, 1996^{(a) (b)}; Ford & cols., 1996; Luna, 1996; Paiva, 1996; Villela, 1996; Weiss & cols., 1996), tendendo, mais recentemente, a expandir-se a outras áreas afins, como os estudos de gênero e saúde (d'Oliveira, 1997). É no potencial de recuperação dos aspectos ético-filosóficos e sócio-políticos do pensamento e das práticas contemporâneas de saúde, e na fecundidade demonstrada por seus primeiros movimentos de aplicação, que tem origem e motivação este ensaio. Por que apostar na vulnerabilidade? Em que esse referencial nos permite avançar em nossos compromissos com a saúde, e não apenas no caso de HIV/AIDS mas da saúde de populações, de um modo geral? Que possibilidades e, correlatamente, desafios ele nos traz? Essas são as questões básicas que movem a reflexão aqui proposta.

Dada a relativa imaturidade das discussões a esse respeito, não podemos ir muito longe. Nossas pretensões aqui limitar-se-ão a uma introdução à questão, sistematizando as origens e características básicas desse *quase-conceito* e explorando algumas das possibilidades e implicações éticas, filosóficas e tecnocientíficas de sua adoção no pensar/agir em saúde. Com esse objetivo, procuraremos dividir essa exposição em quatro etapas. Num primeiro momento, vamos recuperar esquematicamente as características básicas das respostas tecnocientíficas produzidas para o conhecimento e controle de HIV/AIDS ao longo do progresso da pandemia, desde início dos anos 80, buscando identificar algumas das principais

condições e exigências práticas e teóricas que permitem melhor compreender a emergência do conceito de vulnerabilidade. Em seguida, passaremos ao exame da vulnerabilidade como um *modelo* de tratamento teórico do fenômeno AIDS. Aqui buscaremos sistematizar os conteúdos analíticos da vulnerabilidade – tal como originalmente propostos pela Coalizão Global de Políticas contra a AIDS, em Harvard, no início dos anos 90 –, e seus desdobramentos mais recentes na direção dos direitos humanos. Nossa etapa seguinte será delimitar as aberturas que o referencial da vulnerabilidade traz ao campo da saúde coletiva, ressaltando especialmente seus potenciais epistemológicos e estratégicos em termos de ações preventivas. Por fim, à guisa de conclusão, arriscaremos breve exercício de reflexão acerca de certas implicações ético-filosóficas de uma aceitação radical do convite à renovação, identificado no conceito de vulnerabilidade, que podem ser sintetizadas pela proposta de superação da idéia de intervenção em saúde como *ação transformadora* na direção de seu enriquecimento na acepção, menos instrumental, de *cuidado*.

1. Raízes do conceito de vulnerabilidade

Originário da área da advocacia internacional pelos direitos universais do homem, o termo vulnerabilidade designa originalmente grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (Alves, 1994). A expressão penetra mais amplamente o campo da saúde a partir da publicação nos Estados Unidos, em 1992, do livro *AIDS in the world*, parcialmente editado no Brasil em 1993 (Mann & cols., 1993)². Com efeito, o conceito de vulnerabilidade especificamente aplicado à saúde pode ser considerado resultado do processo de progressivas interseções entre a militância, digamos, *santitária* frente à epidemia da AIDS e o movimento dos direitos humanos, especialmente nos países do Norte, levando a vulnerabilidade a deslizar para o dis-

² Para evitar mal-entendidos, é preciso fazer a ressalva de que o termo *vulnerabilidade* não é novo na saúde, ao menos na América Latina, tendo sido amplamente difundido nos anos 70 pelas técnicas de planejamento chamadas metodologia CENDES-OPAS. Na programação ali proposta, o significado da vulnerabilidade é totalmente diferente do conceito que tratamos. Lá, tratava-se da vulnerabilidade *do agravo* à intervenção dos serviços de saúde, ou que o que poderíamos chamar de sua *responsividade* à intervenção técnica. Aqui, ao contrário, é da suscetibilidade *dos indivíduos e populações* a agravos ou riscos que se está falando.

curso da saúde pública e a ganhar as feições particulares que vamos discutir.

É o grupo de Harvard que difunde mais amplamente o conceito, a partir da sua aplicação a um diagnóstico das tendências mundiais da pandemia no início dos 90 e, mais recentemente, aproximando-o da discussão dos direitos humanos (Mann & cols., 1994, 1996). Mas em torno da vulnerabilidade aglutina-se hoje uma gama já bastante ampla e diversificada de proposições, algumas até divergentes em termos político-ideológicos e teórico-filosóficos. O que todas têm em comum é o interesse pela ampliação de horizontes que a vulnerabilidade imprime aos estudos, ações e políticas voltados para o controle da epidemia. Como nos diz Parker (1996: 5): "Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/AIDS no início dos anos 90 tenha sido o esforço de superar essa contradição (entre "grupos de risco" e "população geral") pela passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nossa compreensão da epidemia mas para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço".

A resposta que a vulnerabilidade vem tentando dar à necessidade de extrapolar a tradicional abordagem comportamentalista das estratégias individuais de redução de risco pode ser melhor entendida no âmbito das diferentes etapas históricas de experiência com a epidemia e suas correspondentes formas de resposta científica e técnica. Sabemos como o conceito epidemiológico de risco vem ocupando um papel nuclear nessas respostas e como as diversas categorias que a partir dele foram plasmadas para prevenção e controle da epidemia, como grupo de risco e comportamento de risco, tornaram-se o centro de importantes contradições e conflitos (Kalichman, 1993; Ayres, 1994; Camargo Jr., 1994; Castiel, 1996). Por isso mesmo, será a partir dele que iremos entender mais claramente o significado teórico e prático da vulnerabilidade. Vamos, então, fazer uma breve recuperação de como se caminhou do risco à vulnerabilidade nesses cerca de 15 anos de epidemia, tomando como base a periodização que Mann e colaboradores (1996) adotam no livro *AIDS in the world II*.

• Período da descoberta: 1981 - 1984.

Este período corresponde aos primeiros contatos com a *nova entidade clínica* que veio chamar a atenção dos serviços de assistência e, especialmente, dos centros de investigação epidemiológica, com as primeiras notificações nos EUA e na França. O uso do instrumental epidemiológico mostrou ter uma importância fundamental frente à epidemia emergente, dando-se logo início a uma série de estudos que passaram a buscar ativamente os *fatores de risco* associáveis à nova doença.

Ocorre que os *fatores de risco* utilizados para os primeiros estudos epidemiológicos operaram um deslocamento discursivo de implicações práticas extremamente relevantes. De categorias analíticas - cujo significado original na metodologia epidemiológica refere-se à construção de associações regulares e estatisticamente significantes entre características possivelmente implicadas na produção do agravo em estudo, portanto apenas elementos probabilísticos disciplinadores do raciocínio causal em epidemiologia (Ayres, 1997) -, o fator de risco transmuta-se no conceito de *grupo de risco*. Difundindo-se amplamente, especialmente através da grande mídia, e agora não mais como categorias analíticas abstratas, mas como verdadeiras categorias *ontológicas*, como identidades reais, os chamados grupos de risco tornaram-se a base das poucas e toscas estratégias de prevenção preconizadas pela política de saúde na época, mostrando-se tão equivocadas e ineficazes do ponto de vista epidemiológico quanto incitadoras de profundos preconceitos e iniquidades. Os quatro Hs (*homossexuals, hemophiliacs, haitians e heroin-addicts*) passam a ser o primeiro alvo das estratégias de prevenção... e de exclusão. Surge, assim, um dos mais poderosos efeitos espelho/imagem da injustiça social e da discriminação de nossas sociedades contemporâneas.

A prevenção gravitou, nessa época, predominantemente em torno dos grupos de risco e do tema da abstinência e do isolamento: não ter relações sexuais, não doar sangue, não usar drogas injetáveis. As implicações morais e resultados práticos dessas estratégias são já bastante conhecidos: estigmatização, preconceito, individualismo, insucesso.

O isolamento laboratorial do HIV por Montaigner, em 1983, e Gallo, em 1984, pode ser considerado um marco final dessa etapa, tanto pelas novas possibilidades tecnológicas que se abrem a partir do fato do isolamento, como porque, à época da descoberta, o fenômeno epidêmico e seu impacto social já eram quantitativa e qualitativamente diversos o suficiente para caracterizar uma nova fase da experiência com a epidemia.

• Período das primeiras respostas: 1985 - 1988

Agora já se estava claramente frente ao caráter pandêmico da AIDS. A epidemia não respeitava mais limites geográficos, etnia, orientação sexual, feições culturais etc. O caráter transmissível já estava bem delimitado e seu agente etiológico isolado, com todas as implicações que isto tem para as práticas de saúde pública: detecção de portadores sãos, diagnóstico precoce de doentes, possibilidade de *screenings*, monitoragem de clínicas sentinelas, investimentos no desenvolvimento de vacinas, desenvolvimento de drogas para tratamentos específicos.

O conceito de grupo de risco entra em franco processo de crítica e desuso, de um lado pela inadequação que a própria dinâmica da epidemia demonstrava, de outro lado pelos severos ataques que recebeu dos grupos mais atingidos pela estigmatização e exclusão que carregava consigo, especialmente do organizado movimento *gay* norte-americano. As estratégias de abstinência/exclusão cedem lugar às chamadas estratégias de redução de risco, baseadas na difusão de informação, controle dos bancos de sangue, estímulo e adiestramento para o uso de preservativo e outras práticas de *sexo mais seguro*, testagem e aconselhamento e, finalmente, estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a polêmica introdução das práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas (Bastos, 1996; Fernandez, 1997).

O conceito chave aqui, também em estreita relação com o discurso epidemiológico, passa a ser o de *comportamento de risco*. A superioridade desse novo conceito em relação ao seu predecessor é evidente. Ele tende a retirar o peso do estigma dos grupos nos quais primeiro foi

detectada a epidemia, universaliza a preocupação com o problema e estimula um ativo envolvimento individual com a prevenção. Mas o comportamento de risco também mostrou limites importantes como elemento norteador de estratégias de conhecimento e intervenção na AIDS. A tendência à culpabilização individual é a sua outra face: quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena, a consequência inevitável é que se atribua à displicência, para dizer o mínimo, a eventual falha na prevenção. Mais uma vez, é da interseção com o movimento social organizado, de sua experiência de reflexão e militância, que se levantam algumas das mais expressivas vozes a criticar esse conceito. O movimento pelos direitos das mulheres, especialmente, traz com a noção de *empowerment* (Baldiviala, 1994; Heyzer, 1996), para o qual não temos tradução adequada, mas que poderia se aproximar de algo como *empoderamento*, uma perspectiva crítica positiva para os modelos cognitivistas que embasam os conceitos e práticas ligados ao comportamento de risco. A discussão do *empowerment* deixa claro que a mudança para um comportamento protetor na prevenção da AIDS não é a resultante necessária de *informação + vontade*, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica, e até policial, desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos, faixas etárias (Gupta, 1996).

Além dos ataques que vêm dos setores críticos, dentro e fora do meio técnico e acadêmico, a experiência que vai se acumulando com a implementação de programas de prevenção de base comportamental fortalece a percepção dos limites dessas estratégias. Ao relativo insucesso demonstrado pelas avaliações desses programas somou-se, por sua vez, a explosão da epidemia rumo aos setores mais socialmente *desempoderados*, ou vulneráveis – os mais pobres, as mulheres, os marginalizados, os negros, os jovens – com a chamada *pauperização da epidemia* (Grangeiro, 1994; Kalichman, 1994; Buchalla, 1996). O conjunto desses aspectos marca a passagem a uma nova fase de resposta à epidemia, iniciada no fim dos anos 80.

• Período atual:

1989 aos dias atuais

Nesse último período a experiência da epidemia atinge suas feições atuais. A AIDS é uma realidade mundial, alcançando de modo explosivo nos últimos anos o sul asiático, como as análises de vulnerabilidade previram no início da década. Ao mesmo tempo em que se espalha geograficamente, a epidemia reitera sua tendência à pauperização, difundindo-se rapidamente nas periferias e bairros pobres das grandes cidades.

Com os avanços tecnológicos do período e as possibilidades abertas pelo isolamento do agente viral, progrediram rapidamente os recursos diagnósticos, prognósticos e terapêuticos, embora as pesquisas no campo profilático encontrem ainda limites importantes. No campo da diagnose/prognose a grande estrela é a técnica de contagem de carga viral, que atinge alta sensibilidade e um poder preditivo da suscetibilidade orgânica dos infectados ao adoecimento muito mais efetivo que a contagem de linfócitos CD4, recurso mais utilizado até então. No campo da terapêutica, a grande novidade é o chamado *coquetel*, a combinação de anti-retrovirais com diferentes mecanismos de intervenção sobre o ciclo de reprodução do HIV, o qual, embora de uso ainda recente, parece já apresentar impactos sobre a taxa de ocupação de leitos de AIDS nos hospitais e sobre a mortalidade dos doentes, com grande repercussão na mídia. Ambos, entretanto, têm um custo financeiro altíssimo, tornando-se interdito justamente para os mais vulneráveis à infecção e ao adoecimento.

Esses sucessos obtidos na perspectiva clínica não corresponderam, como era de se esperar, a um efetivo controle da epidemia, que, ao contrário, continua em expansão, especialmente nos países e segmentos sociais mais pobres, o que, por sua vez, traz consigo o problema de sua "banalização" (Kalichman, 1994), isto é, da convivência complacente com o problema por parte dos segmentos mais poderosos, do arrefecimento da reação social e o correspondente descaso dos formuladores de políticas. É então que ganham mais espaço as proposições que vinham defendendo estratégias de prevenção não restritas à redução individual de riscos, mas que apontavam para as estratégias de alcance social,

ou estrutural, como indispensáveis para o controle da epidemia. Entre estas destaca-se a importância fundamental da ação comunitária, dos movimentos sociais organizados, os quais, como a própria história da epidemia foi demonstrando, são agentes privilegiados das mudanças estruturais necessárias para que os recursos disponíveis para o controle da infecção e da doença sejam justos e efetivamente exploradas (Altman, 1995; Galvão, 1996).

Se David Ho e o *coquetel* de medicamentos foram a grande estrela na cobertura jornalística da Conferência de Vancouver, essa espécie de balanço da experiência dos anos 90, não será excesso de otimismo dizer, lendo-se o relatório final do *Track D* – onde a dimensão social do problema foi debatido –, que os acúmulos nesse campo também não foram pouco importantes, nem menos estimulantes suas conclusões: "Uma outra mensagem ainda que se fez ouvir clara e forte foi que programas com abordagens não restritas ao HIV são cada vez mais sustentáveis. Uma atenção muito mais vigorosa aos fatores estruturais relacionados à vulnerabilidade e ao impacto do HIV foi evidenciada nas apresentações sobre *empowerment* de comunidades, como populações indígenas, *gays*, usuários de drogas injetáveis, trabalhadoras do sexo e mulheres" (Mane, 1996: 4).

Vulnerabilidade é o termo chave no relatório acima. Toda vez que aí se buscou relatar ou propor aproximações teóricas ou intervenções não restritas ao HIV, ao risco, ao comportamento individual, às abordagens biomédicas, foi *vulnerabilidade* o termo preferencialmente escolhido. Também Mann e colaboradores, no texto de 1996, deixam clara sua posição de que o período atual é marcado, no campo da prevenção, pela emergência desse novo conceito. A sucinta recuperação histórica das respostas à epidemia da AIDS nos permitiu resgatar o conteúdo negativo do conceito de vulnerabilidade, aquilo que ele vem recusar, enriquecer e ampliar. Mas o que ele significa em termos de proposição positiva? De que modo a vulnerabilidade tem se constituído, efetivamente, num referencial e/ou instrumental para a elaboração de conhecimento e intervenção na epidemia da AIDS? É o que passaremos a examinar no próximo tópico.

2. A vulnerabilidade como modelo teórico

Não existe nenhum texto metodológico, do tipo *agite e use*, sobre a vulnerabilidade. O conceito é novo, ou, como já dissemos, nem bem um conceito é exatamente. Afirma-se hoje, como procurou-se apontar acima, muito mais por sua negatividade que por contribuições já positivamente construídas, o que não é sinal de fragilidade, mas sim de sua *juventude* (com todos os bons e maus sentidos da metáfora), não podendo mesmo fazer parte de nenhum *manual de procedimentos e técnicas*. Nascido das lacunas e silêncios que os discursos do fator, grupo e comportamento de risco foram deixando como espólio indissociável de suas contribuições, esse novo discurso é constitutivamente assim: fragmentário, assistemático, múltiplo, dissonante. Será difícil por isso definir seu conteúdo propositivo, identificar seus pressupostos, sistematizar sua estrutura lógica – como se pode hoje fazer com outros discursos que se ocupam da AIDS, como o do próprio risco.

De qualquer forma, se enxergamos nele uma alternativa concreta de progresso no campo conceitual e prático de intervenção sobre a AIDS e outros aspectos de saúde, é porque há alguns traços que, partindo de sua negatividade original, conformam já uma aspiração à positividade passível de identificação, compreensão e juízo. Isto é, os horizontes ético-políticos de base, a natureza das questões que se coloca, os aspectos lógicos e empíricos escolhidos para respondê-las, as fontes e formas de recolher, inter-relacionar e qualificar esses aspectos empíricos, todos esses elementos estarão necessariamente lá nos incipientes discursos da vulnerabilidade, querendo afirmar-se como alternativa concreta para compreender e intervir. Nesse sentido, parece não haver material mais adequado para uma sistematização do conceito de vulnerabilidade do que o texto veiculado em *Aids in the World*, de 1992 (Mann & cols., 1993). Por seu caráter pioneiro, por isso mesmo quase-doutrinário, e

pela abrangência bastante ampla de seu objetivo, este material nos fornecerá subsídios variados e relativamente bem fundamentados para que possamos esboçar o que seria, num sentido bem genérico, o tipo de empenho que a vulnerabilidade vem buscando fazer como modelo teórico.

Não nos preocuparemos aqui em discutir pormenorizadamente a tecnometodologia ou os resultados do trabalho em questão. Procuraremos apenas revisitar seus objetivos e sua estrutura básica, examinando certas características fundamentais do estudo e, o que é importante, ressaltando nessa releitura apenas os aspectos que nos parecem mais relevantes e significativos para as finalidades da presente discussão. Aqueles interessados em maiores detalhes operacionais, ou preocupados com uma fidedigna reconstituição do conteúdo e execução da proposta, poderão remeter-se ao trabalho original, de muito fácil acesso. O cotejamento com a discussão de 96 e com outras tendências de uso do conceito trará, por fim, mais subsídios para a identificação de potencialidades do referencial teórico.

O objetivo do estudo de Mann e demais parceiros da Coalizão Global em 1992 foi o estabelecimento de um padrão de referência para a avaliação da vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à AIDS que fornecesse critérios e parâmetros aplicáveis, desde um auto-exame individual até diagnósticos de nível nacional, segundo a máxima *agir localmente, pensando globalmente*. Para isso, começa por definir três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou menor vulnerabilidade de indivíduos e de coletividades à infecção e adoecimento pelo HIV:

- *comportamento pessoal*, ou vulnerabilidade individual
- *contexto social*, ou vulnerabilidade social
- *programa nacional de combate à AIDS*, ou vulnerabilidade programática³.

³ O texto de 1992 usa a expressão "Programa Nacional de Combate à AIDS" para designar o plano em que se analisa a organização de ações e serviços especificamente voltados para HIV/AIDS, dado ser nesse nível nacional o estudo usado como base para a introdução do conceito de vulnerabilidade. No texto de 1996 já aparece a expressão "vulnerabilidade programática", denotando o movimento de generalização de uma categoria analítica abstrata, aplicável a diferentes níveis de apreensão daquelas ações e serviços. Em nossa síntese estaremos usando desde já essa forma substantivada, o que corresponde perfeitamente ao nosso interesse conceitual na categoria.

Cada um desses planos são tomados como referência para avaliar *suscetibilidade e condições de resposta* em relação ao HIV e à AIDS. Qualquer indivíduo poderia, a princípio, qualificar sua situação particular em relação a aspectos relevantes de cada um desses planos e em cada uma das formas conhecidas de exposição ao vírus (transmissão sexual, drogas injetáveis, sangue e hemoderivados e transmissão vertical). Para coletividades, indicadores específicos falam sobre situações sociais e programáticas que extrapolam os limites da percepção e possibilidade de transformação de cada indivíduo isoladamente. Vejamos sucintamente como é a estrutura básica dessas análises.

• Vulnerabilidade individual

A análise no nível individual parte de três pressupostos:

- todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e suas conseqüências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo em função dos valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger;
- os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte variável em função inversa ao amparo social e assistência à saúde de que dispuserem;
- as condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).

A vulnerabilidade é, portanto, o inverso do *empowerment*⁴ individual, que deve ser avaliado com base em seis perguntas básicas que qualquer indivíduo (exceto em caso de deficiências incapacitantes) pode fazer a si próprio:

- Qual é meu grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV?
- Quais são as pré-condições para diminuir minha vulnerabilidade e quais delas ainda não foram atendidas?
- Até que ponto posso diminuir essa vulnerabilidade?
- O que posso fazer para gerar mudanças nos serviços sociais e de saúde a fim de diminuir minha vulnerabilidade?
- O que posso fazer para gerar mudanças sociais em meu ambiente necessárias à diminuição de minha vulnerabilidade?
- Como minhas atitudes individuais e coletivas podem facilitar essas mudanças?

Essa mesma estrutura básica de auto-avaliação deve ser aplicada a cada uma das formas de exposição à infecção conhecidas. Para cada uma delas há que se verificar, em suma, os aspectos *cognitivos* – acesso a informações corretas e atualizadas, compreensão dessas informações e capacidade de assimilá-las; *comportamentais* – interesse e motivação na adoção de práticas auto e interpretadoras e domínio das habilidades necessárias para isso, desde motoras (como a colocação da camisinha) até relacionais (como a habilidade de negociação do sexo seguro ou do não compartilhamento de agulhas e seringas); e *sociais* – quanto a facilitadores cultural, econômica, jurídica e politicamente relevantes e quanto aos recursos imediatamente relacionados com a resposta ao risco, infecção ou doença por HIV/AIDS, isto é, ações e recursos programáticos especificamente voltado para prevenção e assistência à saúde e social.

Os autores chamam a atenção para o fato de que esses aspectos todos, em cada uma das formas de exposição, devem ser examinados como um conjunto e afirmam não estarem propondo um *sistema de contagem de pontos*, o que sugere que se deva tratar esse tipo de avaliação numa

⁴ Na versão original do texto esta relação é explicitamente colocada (cf. Mann et al., 1992), mas na edição brasileira o termo, relativamente desconhecido à época, especialmente entre leigos, foi traduzido por *responsabilidade pessoal*, com certo prejuízo do sentido da proposição original.

perspectiva mais qualitativa, crítico-reflexiva, que quantitativa.

• Vulnerabilidade coletiva

A avaliação de vulnerabilidade/*empowerment* de coletividades tem tanto o sentido de fornecer aos indivíduos subsídios para sua própria avaliação, no componente social de cada um dos fatores de exposição, quanto construir um diagnóstico capaz de instruir as agendas dos movimentos sociais organizados e o planejamento de ações por parte de técnicos, autoridades e governos. Como já foi dito, este plano supra-individual divide-se em duas categorias, o social/contextual e o programático. Para estes planos os autores, diferentemente do que fazem no plano individual, propõem explicitamente um sistema de quantificação, baseado na atribuição de escores, classificando-os depois em três faixas de valores: baixa, média e alta vulnerabilidade. Vejamos, também de forma sumária, quais são os indicadores adotados e como lhes são atribuídos escores.

• Vulnerabilidade programática

Programas voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência em AIDS podem ser avaliados em qualquer alcance em que se baseie seu planejamento e execução – nacional, regional ou local – e qualquer que seja seu executor – governos federais, estaduais, municipais ou mesmo organizações não-governamentais. O plano programático da avaliação de vulnerabilidade é importante porque o programa é uma espécie de ligação entre os planos individual e social, ele é um caminho concreto de construção de *empowerment*, justamente por ser um aglutinador de informações, recursos materiais, suportes de várias ordens e um catalisador/amplificador das necessidades e contradições socialmente postos. Os índices desenvolvidos para avaliar vulnerabilidade programática buscam dar conta justamente desse gradiente de permeabilidade e sensibilidade das estruturas sócio-políticas mais abrangentes e as necessidades concretamente postas para a saúde de indivíduos/populações nestes tempos de AIDS.

No trabalho de 92 são propostos 11 índices:

- *Expressão de compromisso* – Há alguma menção por parte dos níveis investidos de poder decisório ao problema da AIDS e seu controle? Nos Estados Unidos, por exemplo, quando Reagan pronunciou seu primeiro discurso sobre a AIDS, mais de 25 mil americanos já haviam morrido da doença.
- *Transformação do compromisso em ação* – Existem ações efetivamente propostas e coerentes com uma política geral para o problema?
- *Desenvolvimento da coalizão* – Há parcerias entre estado e sociedade civil e entre as diversas áreas, como saúde, educação, bem-estar social, trabalho e previdência etc.?
- *Planejamento e coordenação* – Há definição de objetivos, metas estratégicas, critérios de avaliação?
- *Gerenciamento* – Há alocação, formação e supervisão de agentes, recursos e mecanismos adequados?
- *Resposta às necessidades de prevenção* – Há bases racionais e democráticas para a definição dos conteúdos dos programas?
- *Respostas às necessidades de tratamento* – Os serviços e insumos estão com cobertura e qualidade adequadas?
- *Oblenção de recursos financeiros* – Há fonte suficiente, estável e bem administrada de recursos materiais?
- *Sustentação do esforço* – O programa tem garantias e estratégias de continuidade?
- *Avaliação do progresso* – Há monitoramento do desenvolvimento do programa, retroalimentando as estratégias adotadas?
- *Avaliação do impacto* – Há investigações sobre resultados, retroalimentando igualmente objetivos e metas?

A partir desses índices, que podem ser adaptados a peculiaridades locais, os autores su-

gerem que se aplique um sistema de avaliação por escores, redutível, ao final, à escala de alta, média e baixa vulnerabilidade.

• *Vulnerabilidade social*

Para avaliação do aspecto social, ou contextual geral, os autores vão buscar nos indicadores adotados pela ONU no Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) oito índices julgados mais expressivos, para os quais também são definidos escores, igualmente agrupados na classificação de alta, média e baixa vulnerabilidade. Para a contagem final do escore neste plano, o índice "desenvolvimento humano" recebeu peso 3, os demais peso 1. São os seguintes os índices:

- *Acesso à informação* – rádios *per capita* (países em desenvolvimento); televisores por 1 mil habitantes (países industrializados);
- *Gastos com serviços sociais e de saúde* – % do Produto Nacional Bruto (PNB) (países em desenvolvimento) ou do % do Produto Interno Bruto - PIB (países industrializados) em despesas públicas com hospitais, centros de saúde, seguro de saúde e planejamento familiar;
- *Acesso aos serviços de saúde* – % da população com acesso;
- *Mortalidade antes dos 5 anos* – coeficiente de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por cada 1 mil nascidos vivos;
- *Situação da mulher* – indicador combinando diversos elementos de avaliação que medem condições gerais de bem-estar social e grau de equidade entre os sexos;
- *Índice de liberdade humana* – também um índice múltiplo, congrega 40 indicadores que avaliam as condições gerais de promoção, proteção e garantia das liberdades individuais e direitos de cidadania;
- *Relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde* – a vulnerabilidade será maior quanto mais alto o valor encontrado, isto é,

quanto mais desequilibrada for essa relação em favor dos gastos militares maior é a vulnerabilidade da população em questão;

- *Índice de desenvolvimento humano* – mede a relação entre PNB e distribuição de renda, oferta de trabalho e outros benefícios sociais.

Foi com base nesses indicadores que os autores construíram um diagnóstico de vulnerabilidade para as diversas nações do mundo, estudando seus indicadores programáticos e sociais e dividindo-os, conforme seus escores, em regiões de alta, média e baixa vulnerabilidade. Entre os países de alta vulnerabilidade (57 ao todo) figuraram a África do Sul, a Tchecoslováquia, Honduras e Índia, por exemplo. Como exemplos dos de média vulnerabilidade (total de 39) temos Argentina, Áustria, Brasil, Cuba, México, Tailândia, Iugoslávia. Entre os de baixa vulnerabilidade (21 países) figuraram Austrália, Canadá, França, Japão, Espanha, Uruguai, Estados Unidos e União Soviética, entre outros. Para 76 países não se dispunha de dados suficientes para a avaliação, como Afeganistão, Luxemburgo, Suriname e Vietnã.

Na publicação de 1996 os três planos de avaliação da vulnerabilidade são reafirmados, embora não haja aqui referência a escores ou modelos quantitativos. O que se ressalta é principalmente a direção genérica, o sentido qualitativo dos diversos planos e níveis de avaliação da vulnerabilidade. A divisão entre análise de nível individual e de nível coletivo também desaparece. Aqui, a ênfase recai nos três planos genéricos – comportamental, social (societal) e programático – nas possibilidades que abrem a avaliações que vão desde situações individuais até a situação global frente à epidemia. A maior novidade é a ênfase muito mais marcante nos direitos humanos como fonte de critérios objetivos para avaliar essas situações, substituindo, de certa forma, o amplo espaço ocupado por indicadores de natureza sócio-econômica do trabalho anterior. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) é indicada como uma espécie de *padrão-ouro* para a realização de diagnósticos de vulnerabilidade e correspondente definição de objetivos e estratégias para sua redução. Essa progressiva ênfase na direção dos direitos humanos é verificada no próprio título da parte

de *AIDS in the world II* que trata do conceito: "Da epidemiologia à vulnerabilidade aos direitos humanos". Ali defende-se o potencial de maior objetividade que os direitos humanos imprimem às análises e intervenções sobre vulnerabilidade.

Tratar a questão do enfrentamento da epidemia por meio dos direitos humanos tem as vantagens, na visão de Mann e seus colaboradores, de vincular o problema da AIDS às suas raízes sociais mais profundas, estimular e potencializar a mobilização das pessoas para transformações dessa realidade, aproveitando o poder de mobilização que essa agenda vem demonstrando historicamente, favorecer a transdisciplinaridade e intersectorialidade da abordagem da AIDS e revitalizar uma resposta global à pandemia. As principais desvantagens, afirmam, é a pouca familiaridade de profissionais de saúde com o campo dos direitos humanos, a acusação de que esse tipo de preocupação extrapola a competência do setor saúde, o receio das lideranças do campo biomédico de perder a hegemonia no processo de combate à epidemia e, finalmente, os prováveis, e desencorajadores, conflitos com estruturas de poder, governamental e não-governamental.

Em relação ao movimento 92-96 da discussão de Mann e colaboradores, é ainda digno de nota um elemento discursivo cuja simples menção ajuda a evidenciar os significados práticos assumidos pela vulnerabilidade no seu contraponto com os direitos humanos, embora o tema merecesse uma maior atenção, que extrapola as finalidades de nossa discussão. Trata-se dos novos *antídotos* para a vulnerabilidade utilizados por Mann em seus últimos pronunciamentos. Como dissemos acima, no texto de 92 a vulnerabilidade é explicitamente contraposta a *empowerment*, o que é reafirmado em *AIDS in the world II*. Em dois outros textos mais recentes Mann introduz, porém, outros dois termos: *connectedness* (Mann, 1996) e *entitlement* (Mann, 1997).

O primeiro, *connectedness*, enfatiza a máxima *agir localmente, pensar globalmente*, o que, segundo Mann, tornou-se ainda mais premente para o enfrentamento da pandemia nesta era de relativo *arrefecimento* da prevenção frente à excessiva, e às vezes mal colocada, valorização dos recentes progressos na pesquisa biotecnológica em AIDS.

Os direitos humanos, justamente pelo caráter universal de suas aspirações e, ao mesmo tempo, pelo caráter necessariamente local de sua conquista, seria um dos melhores instrumentos, segundo Mann, para aglutinar esforços internacionais e intersectoriais para responder ao desafio de controlar a epidemia.

O segundo termo, *entitlement*, também tem suas origens no movimento pelos direitos humanos (Anand, 1994). Está baseado em teorias da justiça que defendem o valor da chamada *liberdade negativa* na conquista do bem-estar das pessoas (Rawls, Nozick). Isto é, a liberdade não seria, segundo essas teorias, apenas um meio dos indivíduos conquistarem uma vida boa, através da promoção, atendimento ou garantia de seus direitos como cidadãos, mas ela seria intrinsecamente constitutiva dessa vida boa na forma de promoção, atendimento ou garantia de *não interferência*. Desse modo, além da definição das ações e condições a que os indivíduos devem ter acesso, o movimento pelos direitos humanos deve definir aquelas a que os indivíduos não poderão ser expostos, ou seja, a defesa de uma *inalienável esfera de autonomia e competência própria a cada indivíduo (person's agency)*, livre de ameaças ou constrangimentos, dentro dos limites que lhe correspondem no plano dos direitos positivos do outro. Ao recorrer a este termo, Mann incorpora à discussão da vulnerabilidade uma nova perspectiva, que não rompe com aquela definida na positividade da DUDH, mas alarga seu campo de objetividade. É esse alargamento que lhe permite abrir espaço não apenas para a *carência* no atendimento aos direitos humanos para explicar o movimento de emergência das novas epidemias deste fim de século mas, especialmente, para a sua *violação*. Com isso, cria possibilidades de tratamento teórico e prático de uma das questões que mais relevância vem ganhando no campo de interseção entre a luta contra epidemia de HIV/AIDS e a defesa dos direitos humanos: a violência em todas as suas formas – física, étnica, ideológica, conjugal, institucional etc. (NCIH, 1995).

A comparação com outras formas de lidar com o conceito de vulnerabilidade não é muito fácil, dada a relativa escassez de outros trabalhos que já tenham de fato *operado* este conceito. Nos poucos trabalhos onde há referência à vulne-

rabilidade ela é, na maior parte das vezes, um *paço de fundo*, um enquadre geral, não chegando a conformar desenhos ou instrumentos específicos de estudo. São trabalhos epidemiológicos, sociológicos, psicocomportamentais, etnográficos etc., que tomam para estudo um ou alguns aspectos que julgam relevantes para aquela compreensão mais ampla que o conceito veicula. No Brasil, o recurso à vulnerabilidade ainda é quase-inexistente na área estritamente biomédica, como seria razoável supor. Nas áreas mais afins à saúde pública e às ciências humanas, em parte devido à própria natureza de seus objetos, mas talvez também devido à forte influência aí exercida pela tradição teórico-filosófica marxista, a preocupação com a dimensão sócio-econômica dos problemas relacionados a HIV/AIDS tem tornado a penetração da discussão da vulnerabilidade mais marcante.

Contudo, também aí não se pode falar ainda de um *padrão* de investigação ou de intervenção. As tendências gerais desses estudos (Skinner, 1995; Ayres, 1996⁽¹⁰⁾; Luna, 1996; Paiva, 1996; Villela, 1996), se é possível falar nelas, restringem-se, por enquanto, a alguns traços muito vagos, mas que apontam numa direção em vários aspectos diversa daquela tomada pelo movimento 92-96 das propostas de Harvard. Entre elas, podemos destacar: 1) a *entrada* nos planos teóricos da vulnerabilidade privilegia como *unidade analítica* o nível coletivo, através da preocupação com um social objetivado em estruturas ou condições contextuais, e não a individual, para a qual tendem aproximações a um social perspectivado nos direitos *universais*; 2) a arquitetura conceitual da vulnerabilidade é de caráter predominantemente ético-filosófico, em contraste com o caráter fortemente pragmático de que se reveste nas proposições de Mann e colaboradores; 3) os horizontes práticos que instruem esses estudos são de natureza substantivamente político-culturais (crítica das práticas), em contraste com o caráter jurídico-institucional (defesa de prerrogativas) predominante nos desenvolvimentos do grupo de Harvard.

Bem, se as realizações do conceito de vulnerabilidade são ainda tímidas e incipientes, e variadas as direções teóricas e práticas para as quais apontam, suas provocações, como vimos acima, não são poucas, nem pequenas. Nos discursos

que vão sendo criados a partir da vulnerabilidade há uma série de potencialidades; convites que nos são feitos a todos que compartilhamos da preocupação com aquilo que esse conceito vem buscando negar, ampliar ou completar.

3. Aberturas e desafios: os *convites* da vulnerabilidade

Há uma série de aspectos para os quais a discussão da vulnerabilidade surge, ao mesmo tempo, como resposta e como (nova) indagação. Não resta dúvida, por exemplo, de que o conceito vem nos reafirmar os limites do uso do risco como elemento suficiente para o conhecimento objetivo da epidemia de HIV/AIDS, nesse sentido é resposta. Mas, imediatamente, nos pergunta pela construção de outras formas de objetivação do fenômeno AIDS, de outros modos de lidar com o próprio instrumental epidemiológico na construção do conhecimento, e aí é indagação. A vulnerabilidade nos fortalece na percepção e denúncia dos determinantes sociais da epidemia, mas nos obriga – ato contínuo – ao desafio de construir estratégias de intervenção que atinjam produtivamente esses determinantes. A vulnerabilidade politiza a AIDS, mas nos coloca diante da árdua tarefa de *coletivizar* os compromissos políticos que o controle da epidemia cobra a todos.

O movimento genérico que essa dialética de respostas e indagações parece trazer para o âmago do conhecimento objetivo da AIDS associa-se, em linhas gerais, com a questão da particularização de conceitos e práticas, com a *revalorização da síntese*.

O momento sintético do pensamento, aquele que amalgama os objetos conhecidos a seus predicados, teve sua dignidade epistemológica posta sob profunda desconfiança desde que o caráter transcendental do conhecimento humano foi argüido pelos argumentos anti-determinísticos da Nova Física, de um lado, e pela pregnante metacrítica empirista à filosofia kantiana do sujeito, de outro lado. A compreensão da cientificidade do conhecimento teve, a partir das primeiras décadas deste século, suas dimensões pensar/conhecer cindidas em dois planos diferentes, com exigências e condições de validade

diversas entre si, conferindo-se ao conhecer, com seus mecanismos formais de controle da incerteza dos enunciados, a identidade de ciência, de conhecimento verdadeiro, enquanto ao primeiro acabou-se por conferir o estatuto de conjectura, especulação. A capacidade de produzir evidências empíricas que corroboram raciocínios dedutíveis de outras evidências empíricas – e capazes de serem reproduzidas sob as mesmas condições e premissas – passou a delimitar o território de cientificidade, de um conhecimento. As condições ou implicações práticas da construção desses mesmos raciocínios e de suas possibilidades de decomposição analítica foram desacreditadas e, por isso mesmo, negligenciadas na tarefa de construir *verdades objetivas*.

Analisar (quebrar em partes) amparado na lógica e/ou na experiência sensível, esse estabelecer de relações controláveis entre estados ou eventos, passou a ser a tarefa identificadora do cientista; a valorização pelo conjunto de interesses sociais que lhe sustentam torna-se o único critério extracientífico de que este dispõe para orientar o sentido prático de seus procedimentos analíticos. Já a busca, para além do estrito limite da reconstrução lógico-formal dos achados analíticos, dos sentidos *existenciais* das diversas possibilidades de predicação abertos pela experiência racional e empírica acumulada, inclusive pela ciência, seria tarefa, no máximo, da filosofia, da ética, da política etc., nada tendo que ver com a prática científica propriamente dita.

Diversos pensadores das mais diferentes filiações teórico-filosóficas, como Gadamer, Granger, Habermas, Quine, Rorty etc. têm discutido exaustivamente os significados e conseqüências práticas e epistemológicas de uma atividade científica que cinde dessa maneira as dimensões pensar/conhecer e suas correlatas valorizações de síntese e análise. Não vamos retomá-las aqui. Para os nossos interesses, bastará reconhecer dentro da própria epidemiologia esse processo e suas relações com as respostas à epidemia da AIDS, que discutimos acima. E elas não são poucas. Com efeito, a emergência do próprio conceito de risco, nuclear na epidemiologia contemporânea, é fruto de um processo de construção científica que negligenciou as pretensões (sintéticas) a uma teoria sobre os fenô-

menos coletivos de adoecimento em prol do desenvolvimento de uma metodologia de alto poder analítico mas baixa capacidade explicativa (Ayres, 1997).

Com efeito, originário do movimento oitocentista de apreensão científica das legalidades do adoecer em escala coletiva, o discurso epidemiológico viu-se, no início deste século, diante de duas alternativas no caminho de seu amadurecimento formal. Uma – representada especialmente pelas iniciativas de Brownlee, Hammer, Crookshank, Ross e, até certo ponto, Topley e Greenwood – buscava um conceito próprio de fenômeno epidêmico. Sua base analítica e inferencial buscava ser substantivamente populacional e seu *ídem* metodológico era a construção de modelos matemáticos que incorporassem organicamente o conjunto de aspectos que influenciavam a explosão de surtos epidêmicos. Esta vertente desenvolveu-se a partir da resistência ao raciocínio unicausal na explicação epidemiológica, especialmente fortalecido com o advento da bacteriologia. A outra – representada pela obra tardia de Greenwood e Topley, mas especialmente pela de Frost, Reed, Wilson, Sartwell, Hill, entre outros – foi progressivamente abandonando a pretensão de uma síntese propriamente populacional, via modelos matemáticos, em favor do uso do instrumental estatístico e dos fenômenos coletivos de saúde como elementos analíticos capazes de enriquecer o raciocínio causal sintetizado no plano dos fenômenos fisiopatológicos, na individualidade orgânica. O conceito de risco assume, então, um papel central na epidemiologia. Fortemente formalizado e abandonando, o plano populacional como base inferencial, o risco passa a designar as chances probabilísticas de suscetibilidade a um dado agravo orgânico, atribuíveis a *um indivíduo qualquer* de grupos populacionais particularizados, analisados em função da exposição ou não a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico.

Note-se que nesse segundo modelo, que passa a dominar quase totalmente a epidemiologia a partir da segunda metade deste século, o plano das sínteses, as fontes das conjecturas a serem analisadas, é de natureza fisiopatológica. A epidemiologia abdica da definição de seu próprio conceito de agravo, de uma identidade particular

de seu objeto, o que leva muitos epidemiologistas de peso a argüirem o próprio estatuto científico de seu campo, considerando-a apenas um *approach* ou um agregado de métodos e princípios de investigação. Por outro lado, pela liberdade analítica de *simplesmente* buscar associações cujo sentido *outros* vão explicar, a investigação epidemiológica sob o paradigma do risco ganha uma enorme versatilidade epistemológica e uma grande relevância para a construção do conhecimento nas ciências biomédicas.

Ora, essa subordinação teórica às ciências biomédicas e o alto grau de abstração pelo qual traduz os fenômenos de saúde em nível populacional – já que, ao trabalhar com probabilidades, precisa tratar os grupamentos estudados como agregados de eventos individuais e independentes entre si, e não como o conjunto de condições mutuamente intervenientes que caracteriza populações humanas concretas – imprime às análises epidemiológicas tensões importantes no tratamento objetivo da epidemia de HIV/AIDS. Primeiro porque, como vimos, os aspectos sociais, programáticos e comportamentais têm uma enorme importância sobre o curso da pandemia, e esses aspectos não são identificáveis no nível da individualidade orgânica, cobrando uma síntese que a extrapola, uma síntese que podemos chamar transdisciplinar. Segundo, porque também já vimos que o procedimento estocástico – esse aspecto do raciocínio probabilístico que associa aos elementos de um dado conjunto (doentes) não um elemento específico de outro conjunto (expostos), mas um elemento qualquer desse conjunto – mostra-se limitado para uma epidemia na qual os fatores de fragilização e de proteção são tão complexa e intimamente inter-relacionados, levando ao exemplo extremo em que uma característica que num dado conjunto populacional configura um fator de risco em um outro, muito próximo no tempo ou no espaço, possa se comportar como um fator de proteção⁵.

Vem daí, portanto, uma das maiores riquezas do modo como a vulnerabilidade permite reconstruir os discursos sobre HIV/AIDS. O conceito

de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às suas consequências indesejáveis (doença e morte). Ao fazê-lo, não visa distinguir a *probabilidade* de um indivíduo qualquer se expor à AIDS, mas busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que *cada indivíduo ou grupo populacional particular* tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema.

– Não se trata, portanto, de esquecer o conceito epidemiológico de risco, mas sim de não se ater a ele, explorando as potencialidades de outras formas de tratamento da questão, tanto através de uma maior exploração de outros desenhos de estudo epidemiológico, como os estudos descritivos, como colocando os riscos positivamente encontrados sempre sob a *suspeita* que sua base estocástica exige no momento da passagem da análise às conclusões. Por outro lado, não precisamos e não devemos nos limitar à epidemiologia como fonte de conhecimento objetivo útil ao enfrentamento da epidemia. O recurso a outras áreas disciplinares, afins ao amplo espectro de determinantes da vulnerabilidade a HIV/AIDS, algumas das quais com um maior acúmulo em termos de um desenvolvimento discursivo de natureza sintética, as chamadas ciências humanas, é mais um *convite teórico-metodológico* fundamental desse conceito.

Do ponto de vista estritamente epistemológico podemos, portanto, distinguir dois desdobramentos relevantes dos convites acima. Primeiro, a necessidade de inovar a partir da própria epidemiologia, por exemplo desenvolvendo desenhos de estudo que resgatem, de alguma forma, planos de síntese teórica menos subordinados às ciências biomédicas, abrindo espaço para inferências originárias e destinatárias de planos substantivamente populacionais de análise e

⁵ Poderíamos recorrer aqui ao *surrado* exemplo da comunidade *gay* de São Francisco, mas é preferível falarmos, em termos mais genéricos, da relação, sempre muito plausível, entre o maior risco de um grupo social dado e as diferentes possibilidades que esta mesma condição abre em termos de consciência, mobilização, relação com o Estado etc., em comparação com a chamada *população geral*.

inferência. Os conhecimentos de base fisiopatológica certamente podem (e devem) trazer subsídios para um tal esforço sintético, mas, da mesma forma, outros saberes também o podem – como a demografia, a geografia, a psicologia, as diferentes lógicas, a filosofia etc. –, enfim, qualquer campo de conhecimento, desde que tenha algo a dizer sobre a experiência populacional do adoecimento. A manter o compromisso com a validade formal de seus enunciados, qualquer proposta de *hibridização conceitual* da epidemiologia precisará submeter esses variados aportes ao crivo da possibilidade de expressão matemática, o que se de um lado limitará seus alcances práticos, de outro expandirá sua capacidade de generalização e a precisão de seus conteúdos. Investimento interessante nesse sentido é a modelagem matemática.

A construção de modelos matemáticos, que chegou a ter uma enorme importância na epidemiologia dos anos 20-30, deu origem aos estudos de risco e acabou sendo eclipsado por eles no desenvolvimento da disciplina. Mais recentemente, com os progressos tecnometodológicos da quantificação e as exigências postas pela própria experiência epidemiológica, os modelos voltam à voga, o que pode ser de grande valor para o amadurecimento de uma vertente formal das análises de vulnerabilidade. Já ao buscar abrir-se a pretensões de validade não-formais, ou seja, a saberes de natureza sintético-interpretativa, ou hermenêutica, o conhecimento dos fenômenos populacionais de saúde precisará buscar novas categorias, construir recortes abstratos capazes de ultrapassar diversas fronteiras disciplinares de forma a criar novos objetos, vale dizer, novas relações sujeito-mundo, expressão de novos compromissos práticos com a saúde. As contribuições que, nesse sentido, vêm sendo trazidas pelos estudos de gênero, pelos estudos etnográficos, sócio-comportamentais etc., ao campo da saúde têm caracterizado uma novidade trazida com a epidemia de HIV/AIDS, e os horizontes abertos pela discussão da vulnerabilidade se beneficiam deste fato, tendem a estimulá-lo e, mais, dependem de seu aprofundamento e amadurecimento.

De um ponto de vista mais tecnometodológico que epistemológico, um caminho mais curto para novas sínteses transdisciplinares, mas talvez o

mais importante no momento atual, é o da hibridização dos próprios desenhos de estudo, com os famosos estudos *quanti-quali*. A vantagem é que, exigindo um investimento teórico menos pretensioso do que aquele envolvido na *subversão* das barreiras disciplinares, a combinação de métodos quantitativos com qualitativos permite também expandir o poder de inferência dos estudos, combinando o poder generalizador dos primeiros com a fineza interpretativa dos segundos.

Se na perspectiva da construção do conhecimento os convites da vulnerabilidade não são poucos ou pequenos, do ponto de vista do desenvolvimento das ações de saúde a situação não é diferente. Fornecer às práticas de saúde uma referência positiva para pensar/agir em termos coletivos e, especialmente, preventivos: eis a abertura fundamental, e os desafios mais complexos.

De fato, o quadro da vulnerabilidade favorece a realização da máxima *agir localmente, pensar globalmente*, porquanto produz categorias bastante universais para a delimitação dos problemas a serem enfrentados com a epidemia de HIV/AIDS, mas exige ao mesmo tempo um *recheio* particular para a operacionalização dessas categorias. Por trás dos critérios de vulnerabilidade individual, social e programática estarão sempre os valores universais de *empowerment, entitlement, connectedness*, equidade, justiça social etc., mas que em cada local vão assumir pesos e significados diversos. Em uma região a análise de vulnerabilidade pode indicar a relevância da via de exposição drogas, na outra a via sexual. Numa, a via drogas pode sugerir investimentos prioritários em ações assistenciais, noutra a esfera jurídica pode mostrar-se mais fundamental. Aqui a prevenção entre usuários de drogas pode reclamar ênfase na divulgação de informações, ali a troca de agulhas e seringas pode ser a chave da estratégia.

Essa combinação de universalidade de critérios e particularidade de conteúdos é um instrumento fundamental para uma saúde pública que quer deixar para traz os argumentos tecnicistas e as abordagens naturalizadoras herdadas do século 19 e, em larga medida, mantidas acriticamente. As transformações das relações entre Estado e

sociedade; a importância progressiva dos espaços públicos não-estatais na organização de interesses societários; a emergência da técnica e da ciência como principais forças produtivas; a globalização econômica e mundialização cultural; a emergência de sujeitos sociais *transclassistas* e até transnacionais; a superação do mito da ciência *desveladora* de leis da natureza e do mundo etc. tornam totalmente anacrônicas práticas ainda muito marcantes na saúde pública em todo o mundo, como a definição dos objetos de intervenção da saúde pública com base em identidades nosológicas (sejam fisiopatológicas, clínicas ou epidemiológicas), a aposta dogmática no aparelho estatal (e, neste, o setor saúde exclusivamente) como instância competente e autônoma para o desenvolvimento de ações preventivas, a definição centralizada de população-alvo, objetivo e metas de intervenção, as avaliações baseadas principalmente no comportamento de indicadores *frios* de morbi-mortalidade. O que a discussão da vulnerabilidade vem mais e mais pondo em destaque é que a racionalidade da ação pública em saúde está a exigir em nossos dias: 1) a definição de objetos de intervenção mais vinculados às *formas socialmente delimitadas de "experimentar o adoecimento"* que às doenças em si mesmas; 2) o apelo a instâncias públicas mais ágil e imediatamente relacionadas a essas formas de experiência que o aparato institucional formal, embora sem prescindir dele; 3) o desenho de estratégias e ações mais abertas à dinamicidade e complexidade dessas experiências que a lógica meio-fins abstratas do planejamento e programação tradicionais; 4) formas de avaliação menos apoiadas no evento nosológico (doença e morte) e mais sensíveis à capacidade viva de reação de indivíduos e grupos às ameaças ao seu bem-viver.

Os critérios de sucesso da ação sanitária não podem mais basear-se exclusivamente na lógica custo/benefício e em critérios formais de cobertura assistencial ou profilática, controle de vetores, efetividade de aplicação de medidas técnicas etc. E não é só a AIDS que denuncia o caráter restrito dessa lógica e critérios, as chama-

das doenças emergentes (velhas e novas) estão aí mostrando a insuficiência da *velha saúde pública*, mesmo nos países ricos, apontando a profunda relação da distribuição populacional dessas doenças e a complexidade de fatores como miséria, violência, raça, gênero, movimentos migratórios etc. (Farmer, 1996). É a efetiva resposta dos sujeitos, individuais e coletivos, relacionados direta ou indiretamente ao problema epidêmico em questão que dá, a partir do quadro da vulnerabilidade, o verdadeiro *feed-back* quanto aos resultados da ação e (re)definição de objetos de investigação e intervenção. Os indicadores tradicionais de morbidade e mortalidade obviamente continuarão sendo subsídios insubstituíveis, mas não devem ser os únicos, nem os mais importantes do ponto de vista da definição de prioridades e estratégias⁶. Uma mudança na legislação de proteção ao trabalhador pode eventualmente indicar melhor prognóstico epidemiológico que uma tendência de queda na incidência da infecção pelo HIV; a incorporação da discussão da sexualidade nos currículos das escolas públicas pode mostrar-se mais estratégico que a distribuição de camisinhas; a instalação de uma delegacia da mulher pode ser mais impactante que a de um centro de saúde.

A lógica do conceito de vulnerabilidade, ao buscar sínteses particularizadoras, abri-las à transdisciplinaridade e buscar a validação de suas proposições conceituais não em critérios estritamente técnicos, mas acoplá-los a outros radicalmente éticos e políticos, tende a retirar o (conhecido) discurso da relevância do social do plano exclusivo da retórica e trazê-lo para a ação. Resta-nos aceitar o convite e criar condições para sua mais ampla aceitação.

4. A intervenção como *cuidado*, à guisa de conclusão

Não queremos resgatar em algumas poucas linhas de conclusão todo o saldo que nos parece deixar a sistematização e reflexões acima desen-

⁶ O trabalho da Coalizão Global mostrou, no início dos anos 90, por exemplo, como os países de mais alta vulnerabilidade não eram aqueles que detinham os piores indicadores de morbi-mortalidade por AIDS; ao contrário, Estados Unidos e Europa Ocidental situaram-se, naquelas análises, entre as regiões de baixa vulnerabilidade apesar dos seus altos índices de incidência da AIDS, ao contrário da Índia e África Sub-saariana, e que são hoje, fim da década, os maiores focos epidêmicos (Mann et al., 1993).

volvidas. Uma parte dele está *amarrada* ao ritmo mesmo do texto e não pode ser extraída do contexto em que surge. Outra parte, ao contrário, só poderá ser encontrada fora do texto, no cotejamento com as reflexões e as práticas de tantos quantos, de alguma forma, vêm lidando com as realidades e respostas de que trata o conceito aqui discutido. Gostaríamos, contudo, de compartilhar um último esforço reflexivo que nos tem sido sugerido pelo exercício teórico-prático em torno da vulnerabilidade.

Se é verdade o que dizíamos ao início, se a AIDS é espelho e imagem de nossa sociedade e nosso tempo, então nós, que nos dedicamos a pensar os saberes e as ações da assistência à saúde, não estaremos a salvo desse efeito. Ao contrário, quanto mais atentos estivermos a tais compromissos mais sensíveis seremos às suas sombras e luzes. E se há algo que a dramática experiência da AIDS e os tremendos abalos que ela vem provocando nas respostas tecnocientíficas a seu redor nos aponta inequivocamente é a necessidade de uma profunda revisão dos significados e fundamentos das nossas atitudes e práticas como *sujeitos* da saúde. De fato, não são as mudanças de ênfase epistemológica, ajustes tecnológicos, redirecionamentos de estratégias etc. o que de mais forte nos é trazido por essa experiência, mas a convicção mesmo de que é preciso rever a própria *racionalidade que subjaz e orienta nossas intervenções*, o que passa por essas mudanças, ajustes e redirecionamentos, naturalmente, mas não se esgota neles. O que a aposta no quadro da vulnerabilidade revela e realiza é um compromisso bem mais radical, que envolve empenhos como:

- *superar fronteiras entre ciência e filosofia: conhecer pensando, pensar conhecendo;*
- *romper a unilateralidade da racionalidade instrumental: tomar a tecnociência a partir de nós, para nós e entre nós, não ao invés de nós ou por nós;*
- *refletir criticamente sobre os saberes da saúde, a epidemiologia, as estratégias de prevenção: não deixar que o conhecimento e a intervenção se cristalizem, torná-los experiências sempre vivas e humanas;*

- *reconstruir as práticas de saúde como encontro de sujeitos: encarar os objetivos das ações de saúde mais como busca compartilhada de meios que como alcance absoluto de fins;*

- *viver radicalmente a comunidade humana de destinos de que a experiência da AIDS vem nos lembrar.*

Todos esses empenhos, decorrência do diagnóstico acerca da natureza das respostas necessárias hoje a um enfrentamento eficaz, justo e enriquecedor da AIDS e das demais epidemias deste fim de século, vem nos alertar para o fato de que talvez já seja o momento de superarmos a ilusão iluminista do completo domínio instrumental do mundo e da vida pelo intelecto e pelo conhecimento. Talvez com o espelho/imagem AIDS tenhamos condições de fazer agora no campo da saúde esse diagnóstico, que no campo propriamente filosófico já se chama de pós-modernidade ou modernidade tardia; de rever a racionalidade de nossas práticas, abandonando a onipotência iluminista da razão-instrumento em favor de uma razão que seja um *estar-no-mundo*, o eu e o outro, um construir comum desse mundo.

Um tal giro filosófico redimensiona a própria concepção do sentido prático da intervenção em saúde. Mais que uma ação teleológica, uma equação meios-fins, essa intervenção se configura como *cuidado*, no sentido heideggeriano de *tratar que seja*. Isto é, o significado e finalidades da intervenção passam a se apoiar não tanto no estado de saúde visado de antemão, nem somente nas formas pelas quais se busca alcançá-lo, mas sim na experiência que une o conteúdo da primeira ao movimento da segunda. O cuidado é essa atividade realizadora na qual caminho e chegada se engendram mutuamente. A experiência da *travessia* rumo à saúde é o verdadeiro território de construção e exercício da racionalidade de qualquer intervenção em saúde e é o cuidado, como realização racional desta intervenção, que demarca a efetiva constituição de sujeitos, conforme descrito alegoricamente na célebre fábula de Híginio:

"Certo dia, o Cuidado atravessou um rio e, tomando uma parte do barro de seu leito,

resolveu dar-lhe forma. Enquanto estava apreciando sua criação, surgiu Júpiter. Cuidado pediu a Júpiter que desse espírito à forma que criara, ao que 'o governante supremo' acedeu de bom grado. Cuidado, então, resolveu batizar a nova criatura com seu próprio nome, mas Júpiter opôs-se energicamente: a criatura deveria receber o nome de quem lhe dera o espírito. Enquanto os dois discutiam sem chegar a um acordo, aproxima-se a Terra, que, por seu lado,

reivindicou também o privilégio de nomear o novo ser, já que dela era a matéria que o constituía. Diante do impasse, os contendores decidem tomar por árbitro Saturno, senhor do tempo e do destino. Saturno é categórico em sua sentença: "Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres fornecido o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado que primeiro formou esta criatura, irá o Cuidado possuí-la enquanto viver." "

Referências bibliográficas

- ALVES, J. A. L. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- ALTMAN, D. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA : IMS-UERJ, 1995 (História Social da AIDS, 5).
- ANAND, S. Population, well-being and freedom. In: SEN, G., GERMAIN, A., CHEN, L. C. (eds.), *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights*. Cambridge: Harvard University Press, 1994. p. 75-85.
- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia sem números: outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS. Seminário Epidemiologia Social da AIDS. *Anais*. Rio de Janeiro, 1994. p. 8-19.
- *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, D. et al. (orgs.), *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às dst/aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996⁽¹⁰⁾, p. 15-24 (Série Idéias, 29).
- Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/AIDS e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção? In: TOZZI, D. et al. (orgs.), *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às dst/aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996⁽¹⁰⁾, p. 25-41 (Série Idéias, 29).
- *Sobre o risco - para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BASTOS, F. I. *Ruína e reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1996 (História Social da AIDS, 6).
- BATLIWALA, S. The meaning of women's empowerment: new concepts from action. In: SEN, G., GERMAIN, A., CHEN, L. C. (eds.), *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights*. Cambridge: Harvard University Press, 1994. p. 127-138.
- BUCHALLA, C. M. AIDS: o surgimento e a evolução da doença. In: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. São Paulo: Hucitec-NUPENS/USP, 1995.
- CAMARGO JR., K. R. *As ciências da AIDS e a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará : ABIA : IMS-UERJ, 1994 (História Social da AIDS, 4).
- CASTIEL, L. D. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. *Rev. Saúde Pública*, v. 30, nº 1, p. 91-100, 1996.
- CRIMP, D. (ed.) *Cultural analysis/cultural activism*. Cambridge: The MIT Press, 1991.
- CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M.; BARBOSA, R. E. S.; MONTEIRO, S. (orgs.). *AIDS: ética, medicina e biotecnologia*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Saúde reprodutiva e relações de gênero: violência e direitos humanos nas práticas de saúde. Projeto de pesquisa - C.S. Escola Samuel B. Pessoa do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, São Paulo, 1997.
- FARMER, P. Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*, v. 4, nº. 2, p. 259-69.
- FEE, E., FOX, D. M. (eds.) *AIDS: the burdens of history*. Berkeley: University of California Press, 1988.
- *AIDS: the making of a chronic disease*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- FERNANDEZ, O. F. R. L. AIDS, drogas e direitos humanos. São Paulo: *O Estudo de São Paulo*, 13/12/97, Caderno 1, p. 2.

- FORD, N.; KITTISUKSATHIT, S. Mobility, love and vulnerability: sexual lifestyle of young and single factory workers in Thailand. *International Journal of Population Geography*, n.º 2, p. 23-33, 1996.
- GRANGEIRO, A. O perfil socioeconômico dos casos de AIDS na cidade de São Paulo. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS-UERJ, 1994 (História Social da AIDS, 2). p. 91-123.
- HEYZER, N. *The balancing act: population, development and women in the era of globalization*. Nova Déli: The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, 1996 (International Lecture Series on Population Issues).
- KALICHMAN, A. O. Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas. Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1993.
- Pauperização e banalização de uma epidemia. Seminário Epidemiologia social da AIDS. *Anais*. Rio de Janeiro, 1994, p. 20-6.
- LOYOLA, M. A.(org.) *AIDS e sexualidade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994.
- LUNA, E. J. A. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Projeto apresentado para exame de qualificação para doutorado - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1996.
- MANE, P. Report on Track D: social science: research, policy and action. Vancouver, 1996 (XI International Conference on AIDS).
- MANN, J. AIDS: the personal and global challenges of renewal. Cambridge, François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, 1995 (Working Paper Series, 3).
- Solidarity and the future of the global AIDS movement. Vancouver, 1996 (XI International Conference on AIDS).
- Violation of human rights as an enabling factor in infectious diseases emergence. Yale, Dep. Epidemiology and Public Health/Yale University Medical School, 1997 (Spring Seminar, 1997).
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. (eds.) *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (eds.) *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
- *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS-UERJ, 1993 (História Social da AIDS, 1).
- MANN, J.; COSTIN, L.; GRUSKIN, S.; BRENNAN, T.; LAZZARINI, Z.; FINEBERG, H. V. Health and human rights. *Health and Human Rights*, v. 1, n.º 1, p. 7-23, 1994.
- NATIONAL COUNCIL FOR INTERNATIONAL HEALTH (NCIH). The impact of violence on HIV-positive and at-risk populations. In: HIV/AIDS: *International perspectives on legal issues and Human Rights*. Washington, NCIH - HIV/AIDS Program, 1995 (Proceedings from the 1995 NCIH HIV/AIDS Workshop).
- PAIVA, V. (org.) *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992.
- Fazendo arte com camisinha: a história de um projeto de prevenção de AIDS para jovens. Tese de doutorado - Faculdade de Psicologia da USP, São Paulo, 1996.
- PARKER, R. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS-UERJ, 1994 (História Social da AIDS, 3).
- Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS. Vancouver, 1996 (XI International Conference on AIDS).
- PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS-UERJ, 1994 (História Social da AIDS, 2).
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec-Editora da UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- SKINNER, S. J. Young, poor and brazilian: HIV prevention, identity and solidarity in the inner city. Stanford, 1995 (Latin American Studies Honors Program - Stanford University).
- VILLELA, W. *Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação*. São Paulo: NEPAIDS, 1996.
- WEISS, E., WHELAN, D., GUPTA, G. R. *Vulnerability and opportunity: adolescents and HIV/AIDS in the developing world*. Washington: International Center for Research on Women, 1996.