

O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade?

What do we do when we talk about Vulnerability?

¿Qué hacemos cuando hablamos de Vulnerabilidad?

Solange Tedesco*
Flávia Liberman**

RESUMO: Esta discussão sobre a utilização do termo Vulnerabilidade nas produções de Terapia Ocupacional aborda duas vertentes. A primeira apresenta a necessidade de critério e aprofundamento na utilização conceitual para a aplicação das ações em terapia ocupacional, não para a unificação terminológica, mas para sua discriminação e diversidade. A segunda, percorre a complexidade do conceito de Vulnerabilidade e faz um recorte de sua utilização na literatura especializada de terapia ocupacional.

PALAVRAS-CHAVE: Vulnerabilidade. Terapia Ocupacional. Terapia ocupacional-produção científica.

ABSTRACT: This discussion about the use of the expression Vulnerability in Occupational Therapy academic works approaches two trends. The first one points out the need of establishing criteria and elaborating on its conceptual use for Occupational Therapy interventions, not aiming at terminological unification, but for establishing discriminations and recognizing its diversity. The second one examines thoroughly the concept of Vulnerability and establishes some qualifications about its use in Occupational Therapy specialized literature.

KEYWORDS: Vulnerability. Occupational Therapy. Occupational Therapy-specialized literature.

RESUMEN: Esta discusión acerca de la utilización del término Vulnerabilidad en las producciones científicas de la Terapia Ocupacional incide sobre dos vertientes. La primera presenta la necesidad de se establecieron criterios y profundizar el uso conceptual del término como para la aplicación de intervenciones en Terapia Ocupacional, non intencionando la unificación terminológica sino para discriminarlo y reconocer su diversidad. La segunda hace un amplio recorrido del concepto de Vulnerabilidad y hace un recorte de sentido de su utilización en la literatura especializada de la Terapia Ocupacional.

PALABRAS LLAVE: Vulnerabilidad. Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional-literatura especializada.

– Uma língua nova?
– Sim. Uma língua que irá, enfim, dizer aquilo que temos para dizer. Pois nossas palavras já não mais correspondem ao mundo.. Quando as coisas formavam um todo, tínhamos confiança de que nossas palavras eram capazes de expressá-las. Mas aos poucos essas coisas se despedaçaram, se romperam, desmoronaram no caos. E no entanto nossas palavras permanecem as mesmas. Elas não se adaptam à nova realidade. Por isso é comum quando tentamos falar o que vemos, falamos com falsidade, distorcendo a coisa mesma que desejamos representar. Tudo vira uma bagunça. Mas as palavras, como o senhor mesmo afirmou, são capazes de mudar. O

problema é como demonstrá-lo. É por essa razão que agora eu trabalho com recursos mais simples possíveis-tão simples que até uma criança é capaz de apreender o que estou dizendo. Imagine uma palavra que se refere a uma coisa –“guarda-chuva”, por exemplo. Quando digo a palavra “guarda-chuva”, vemos o objeto na nossa mente. Vemos uma espécie de bengala com varetas de metais dobráveis em cima, que formam um tipo de armação para um tecido impermeável, o qual, quando aberto, vai nos proteger da chuva. Este último detalhe é importante. Um guarda-chuva não só é uma coisa, mas também uma coisa que desempenha uma função- em outras palavras, exprime a vontade do

homem. Quando a gente pára para pensar, vê que todos os objetos são semelhantes ao guarda-chuva, que todos eles se prestam a uma função. Um lápis para escrever, um sapato para calçar, um carro para se locomover. Agora, minha pergunta é a seguinte: o que acontece quando uma coisa já não desempenha mais sua função? Ainda é a mesma ou se transformou em outra coisa? Quando você rasga o pano do guarda-chuva, ele ainda é um guarda-chuva? Você abre as varetas, ergue a armação acima da cabeça, caminha debaixo da chuva e fica todo ensopado. É possível continuar a chamar esse objeto de guarda-chuva? Em geral, as pessoas fazem isso. No máximo, dirão que

* Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Mental pela UNIFESP/EPM. Doutoranda em ciências da saúde da UNIFESP. Coordenadora do curso de especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Docente do Centro Universitário São Camilo. E-mail: sotedesco@uol.com.br

** Terapeuta Ocupacional. Doutora em Psicologia Clínica pelo Núcleo de estudos da Subjetividade da PUC-SP. Coordenadora do grupo de estudos Corpo e Clínica. Docente do Centro Universitário São Camilo. E-mail: estudiofla@uol.com.br

o guarda-chuva está quebrado. Para mim isso constitui um problema sério. Como já não pode mais desempenhar sua função, o guarda-chuva deixou de ser guarda-chuva. Pode até se parecer com um, pode ter sido um, mas agora se transformou em outra coisa. A palavra, porém, permaneceu a mesma. Portanto, ela não pode mais exprimir a coisa. É imprecisa; é falsa; oculta a coisa que deveria revelar. E se não conseguimos sequer denominar um objeto trivial, cotidiano, que seguramos em nossa mão, como podemos pretender falar das coisas que nos dizem respeito mais a fundo? A menos que possamos começar a corporificar a noção de mudança nas palavras que usamos, continuaremos perdidos."

"Cidade de Vidro" Paul Auster

Desenhando um problema: a construção de um conceito

Deparando-se com o processo da terapia ocupacional o profissional interessado em refletir sobre seus procedimentos, seja para entendê-los ou ensiná-los, acaba por encontrar alguns desafios. Uma questão que se coloca refere-se às diferentes perspectivas e abordagens conceituais. Caso estas perspectivas estejam sistematizadas e partindo de referenciais claros teremos uma diversidade conceitual interessante e instigante.

Uma das questões preocupantes é a ampliação desordenada de referências ou mais especificamente, a produção que não se compromete com uma perspectiva conceitual mais clara, acarretando idéias equivocadas de unissonidade e congruência. Pode-se ter falsa experiência de linguagem universal. Cada vez mais, discutimos que nenhuma construção realmente válida, pode acontecer sem levar em consideração as características históricas, culturais e intrínsecas de um grupo profissional e sem estimular a participação de seus agentes.

Não se trata de construir um "modelo" de referência único que exclua outros referenciais. Toda forma de exclusão só pode levar ao empobrecimento do conhecimento da realidade (Morin, Gadoua, Potvin, 2007). Trata-se de discutir e construir um saber vinculado à compreensão da realidade, à intervenção e à ação.

Tem-se grande vantagem na produção da terapia ocupacional: a diversidade, o conhecimento em ação e os diálogos com diferentes áreas do conhecimento. Porém, temos uma grande desvantagem: a falta de sistematização.

A repercussão desta falta de sistematização acomete tanto as ações como a produção científica da terapia ocupacional. O termo vulnerabilidade, por exemplo, provoca multiplicidade de olhares e compreensões abrangendo uma discussão que privilegia diferentes contextos sociais e políticos até as questões de fragilidade individual.

Neste estudo pretende-se discutir a necessidade da apresentação clara da ou da(s) perspectiva(s) utilizada(s) para as ações da terapia ocupacional, ações estas que estão comprometidas na sua lógica com a intersecção sujeito-coletivo-produção (social, psíquica, econômica, histórica e política) e as várias implicações possíveis decorrentes do transitar no interno, no externo ou no entorno tendo como base o compromisso para com o outro incluindo os profissionais que nesta área atuam.

Teoria em uso: Vulnerabilidade, uma revisão

O verbo *vulnerar* tem o significado de ofender, ferir e melindrar adaptado do termo latim *vulnificus* que significa "que fere ou pode ferir". É um termo que faz parte do vocabulário acadêmico como

também da sociedade civil, sendo usado sobre vários pontos de vista e significados.

Imediatamente quando lemos na literatura leiga a palavra vulnerabilidade esta vem associada à pressão do poder econômico e perda social, a injustiça, a exploração, as deficiências, as minorias, ao desamparo, ao subdesenvolvimento, a pobreza e opressão.

A noção de incapacidade, falta de recursos e perda da autonomia são os atributos que acompanham a discussão de populações ou grupos vulneráveis.

Encontramos noções de vulnerabilidades em indivíduos, famílias ou comunidades, como também de recursos naturais e sociodemográficos sendo possível identificar, nestes estudos, inúmeras definições para o termo (Busso, 2001, Ayres, 2007).

Um dos consensos possíveis encontrados nos diferentes campos das ciências sociais é sobre a multidimensionalidade que acompanha os estudos ou caracterizações do conceito vulnerabilidade.

Diversificando nosso diálogo conceitual tomamos agora como referencial os conceitos de Ayres (Ayres et al, 2003) sobre vulnerabilidade. Para os autores o modelo de vulnerabilidade no Brasil, está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. Pautado pela problemática específica da AIDS, este olhar nos fornece parâmetros para refletirmos o conceito sendo necessário compreender o comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual articulada ao contexto social ou vulnerabilidade social e os programas de atenção existentes, ou vulnerabilidade programática.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à

chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo.

No trabalho citado, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como locus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades. (Ayres et al, 2003). O marco conceitual que propõe o autor difere de outros autores, pois não enfatiza excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual. A unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo.

Nessa perspectiva, propõe a sua operacionalização através da: Vulnerabilidade Individual: que se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a Vulnerabilidade Social: que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e, a Vulnerabilidade Programática, que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (Ayres et al, 2003).

Para Sanches e Barros (1999), cada um desses planos pode ser tomado como referência para inter-

pretar-se também outros agravos, além da AIDS. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade e não somente do indivíduo.

Em um estudo que se propõe a desenvolver o conceito vulnerabilidade da família, Pettengill e Ângelo (2005) após um levantamento na literatura sobre o termo realizam uma análise de conceito e apresentam a seguinte síntese:

“[...] a vulnerabilidade, em uma situação de doença e hospitalização de um filho, é a família sentir-se ameaçada em sua autonomia, sob pressão da doença, da própria família e da equipe. Os elementos desencadeadores são as experiências vividas anteriormente, o acúmulo de demandas que comprometem sua capacidade para lidar com a situação e o despreparo para agir. Os atributos definidores da vulnerabilidade estão relacionados ao contexto da doença que gera incerteza, impotência, ameaça real ou imaginária, exposição ao dano, temor do resultado, submissão ao desconhecido e expectativas de retornar à vida anterior; ao contexto da família com desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento, tendo desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares; ao contexto hospitalar com conflitos com a equipe, marcado pela falta de diálogo, desrespeito e afastamento de seu papel. Como consequência, a família alterna momentos em que não consegue fazer nada, com outros em que tenta resgatar sua autonomia, sendo, portanto, um movimento dinâmico e contínuo que atribui uma transitoriedade a seu sen-

timento de vulnerabilidade ao longo da experiência da doença e hospitalização da criança. A ameaça à autonomia exprime o significado de vulnerabilidade para a família nessa circunstância”. (Pettengill e Ângelo, 2005, p. 7)

Em um estudo que objetiva a formação para equipes multiprofissionais repensar as ações de prevenção e assistência ao HIV e à AIDS, Buchalla e Paiva (2002) discutem o treinamento e a ampliação do foco dos profissionais propondo uma atenção ao conceito de vulnerabilidade:

“[...] a vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual. Além de trabalhar essas dimensões sociais (vulnerabilidade social), é um desafio permanente e de longo prazo sofisticar os programas de prevenção e assistência abrindo espaço para o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos mais estruturais da prevenção e sobre o acesso e para as experiências diversas com os meios preventivos disponíveis (vulnerabilidade programática), para que, no plano das crenças, atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento” (Buchalla e Paiva, 2002, p. 2.)

Para a contextualização da vulnerabilidade e envelhecimento as autoras (Paz, Santos e Eidt, 2006) abordam a distinção entre vulnerabilidade biológica/individual e vulnerabilidade social para discutir as estratégias e gerências de projetos específicos:

“[...] A vulnerabilidade individual refere-se “ao grau e à qua-

lidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos [...], ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras”. Portanto, vulnerabilidade individual é o que uma pessoa, na sua singularidade, pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo, a expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde. Refere-se à idade, à hereditariedade, assim como ao tipo de informação de que a pessoa dispõe, e de como a utiliza”. (Paz, Santos e Eidt, 2006, p. 3)

Nesta proposta, a vulnerabilidade como qualquer outro constructo conceitual que envolve uma multidimensionalidade, no caso a situação de saúde e seus determinantes, vai sofrer uma modificação quanto algumas variáveis se alterarem.

“[...] A vulnerabilidade social é atribuída ao modo de “obtenção de informações [...], como acesso aos meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas”, bem como todos os aspectos referentes à estrutura, à organização e à dinâmica familiar. Assim, as condições culturais, econômicas e políticas precisam ser consideradas, quando se deseja compreender as razões pelas quais as pessoas pensam, fazem e querem coisas que as expõem a um agravo de longa duração ou a eventos não condizentes à qualidade de vida”. (Paz, Santos e Eidt, 2006, p. 4)

No levantamento das produções sobre vulnerabilidade um consenso possível de encontrar delimitado está na associação do termo a uma situação de ruptura que provoca uma resposta diante de situações de risco.

A noção de uma resposta frente a um evento (uma situação que desorganiza) ex: criança frente à ruptura familiar, a depressão pós-parto (mudança no ciclo da vida) e por outro lado também: o contato com as próprias fragilidades e questões (dificuldades): a tarefa /sofrimento do terapeuta, por exemplo implicam em uma capacidade de resposta frente a estas inumeráveis situações.

Nesta perspectiva podemos discriminar sempre alguns componentes associados ao termo vulnerabilidade: a chance e risco da exposição a eventos, a possibilidade e capacidade em enfrentá-los e as suas conseqüências e inscrições na experiência individual e coletiva. O entrelaçamento com o conceito de resiliência (conceito que também promove muitas definições) e coping possibilita alguns diálogos.

A noção de resiliência, criada nas ciências exatas, há mais de três décadas vem sendo estudada pela psicologia e áreas da saúde mental.

A resiliência designa a capacidade de resistência e adaptação às adversidades e ao risco entendida como uma função intrínseca de reequilíbrio (Assis, Pesce, Avanci, 2006). As variáveis associadas ao conceito de resiliência são: o suporte e rede social, a auto-estima, nível de satisfação, a superação e transformação de projetos pessoais.

A noção de coping refere-se às estratégias de enfrentamento englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico.

Na literatura especializada da terapia ocupacional o termo vulne-

rabilidade vem associado à caracterização de uma população alvo: as doenças sujeitas aos processos de estigmatização, indivíduos privados do poder político ou com menor poder contratual, situação de risco (social e violência) e as rupturas marcadas por diferentes perdas.

A ação é voltada para a ampliação de redes de apoio e de proteção, articulando a problematização de fragilidade na família e na cultura à criação de projetos que funcionem como suportes relacionais.

“[...] O estado de vulnerabilidade social é produzido na conjunção de precariedade do trabalho com a fragilidade do vínculo social. A vulnerabilidade é uma categoria capaz de descrever a situação de uma grande parcela de crianças e adolescentes no Brasil. São diversos os fatores que confluem para a dissolução social. Extrema desigualdade, a migração para os grandes centros urbanos, precariedade de moradia, características históricas da formação da família nuclear brasileira apoiada numa precarização do trabalho, levam, muitas vezes, a uma situação de rupturas de participação e coesão social, de pauperização da sociabilidade sócio-familiar e dos vínculos que se tornam fugidios....É fundamental criar estratégias para fortalecer as redes sociais de suporte, evitando rupturas trazidas por situações nas quais a vulnerabilidade já está presente” (Barros, Lopes, Galheigo, 2007, p. 357).

Neste estudo as concepções sobre vulnerabilidade exigem um olhar especializado que permita ir além da dimensão do risco mas como potencialidade para construir transformações.

A vulnerabilidade e a capacidade são lados de um mesmo processo, pois a primeira está inti-

mamente relacionada à capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo pode apresentar, potencializando ou diminuindo a vulnerabilidade.

A capacidade de luta e recuperação é entendida nos pressupostos da Terapia Ocupacional como a capacidade de *adaptação – ativa* do sujeito mediante ao desenvolvimento de suas habilidades. O acúmulo de experiências de superação possibilita transformações do contexto relacional e social (Assis, Pesce e Avancini, 2006)

Estratégias de Ação: importa saber o que se aplica? O que estes estudos provocam em nossas ações

Tomados alguns vetores da ampla abordagem sobre o conceito de vulnerabilidade na terapia ocupacional e em outros campos, podemos fazer algumas colocações relacionadas à aplicabilidade do termo na leitura e encaminhamento das nossas ações e projetos.

É corrente na literatura especializada que de um lado a Terapia Ocupacional atenta às populações que frequentemente denominamos como a margem, na borda, na fronteira e mais especificamente queremos dizer refere-se a uma espoliação de um lugar compreendido como um território de afetos, vínculos, produção de sentidos e também presença no tempo e no espaço. O que não quer dizer necessariamente uma não inscrição, pois em nossa perspectiva definir inclusão ou não a determinado campo parte sempre de um “ponto de vista”. *Todo ponto de vista é à vista de um ponto* (Boff, 2003)

Em uma outra ótica, mas também relacionada a esta, projetos e ações são direcionados para a pro-

moção de saúde, onde não temos um fenômeno estabelecido como a doença para direcionar as ações, mas procuramos entender e intervir nos estados de fragilidade que são efeito de uma vida e não de um aspecto ou fato em particular.

Inferir as condições da vida do sujeito a partir de uma única vertente seja ela ligada as condições sócio-culturais ou a “fragilidades” do sujeito em enfrentar as diferentes situações da vida é tratar com simplicidade e modo excessivamente reduzido a questão.

Parece-nos que a vulnerabilidade deveria se aproximar mais e mais do próprio fato de estarmos vivos, portanto algo que vai além de uma situação ou condição específica para se avizinhar com os processos ora mais amenos ora mais intensos ou abruptos que fazem com que a vida se processe em um *continuum* atravessado por aspectos biológicos, afetivos, emocionais, genéticos, políticos, subjetivos, em uma multiplicidade de dimensões que não podem ser separadas ou fragmentadas em categorias, seja para facilitar a sua análise, seja para reduzir os processos da vida em setores pouco articulados entre si.

Nesta direção a busca de outros referencias mais complexos e que possibilitam uma análise múltipla e ampliada sobre o vivo e, portanto mais singular e menos generalista sobre a vulnerabilidade, são atraentes para uma análise e apresentação do tema em questão, mas principalmente para a reflexão sobre uma prática crítica e possível.

Em uma experiência de atenção que envolve cuidado e acompanhamento de mulheres, questões como os processos de envelhecimento, a menopausa, os desejos, o trabalho, as relações familiares, as pressões e exigências internas/externas construídas na cultura, representadas e

insufladas pelos processos de subjetivação e vice-e-versa são presentes na experiência do vivo aonde quer que esteja sendo cuidada.

É sabido que as mudanças corporais, entendendo o corporal como vincular, comportamental, emocional, atravessado por aspectos da subjetividade, constitui-se para muitas mulheres como uma etapa na vida bastante delicada. O corpo mais uma vez se reconfigura com outras formas além de sua dimensão aparente, envolvendo modos de funcionar, relacionar, produzir e pensar.

Neste período, como em vários outros, as passagens colocam o sujeito e seu entorno em um campo de maior vulnerabilidade. Observamos como muitas vezes a depressão, a desorganização, o “desajeito” frente a si mesmo e as relações tomam lugar, nos mostrando que é ali, naquele ponto que seria interessante projetar ações e acompanhar os sujeitos a viver processos.

Por outro lado à capacidade de cada um viver o seu vivo é singular. Não podemos pressupor que haja um único modo de enfrentamento a uma dada situação.

Em uma enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital geral as ações de saúde mental foram articuladas para a manutenção do cuidado com o psíquico. Uma das preocupações de parte da equipe diz respeito à não utilizar abordagens grupais pois poderia ser muito desestabilizador misturar mulheres em gestação de risco com mulheres com MOLA¹. Todas as mulheres podem estar com a aparência de gestante mas algumas esperam um filho, outras têm uma indiferenciação celular que pode ser maligna. No grupo de terapia ocupacional o que aproxima estas mulheres é o fazer e a cultura do fazer feminino para cada uma. Obvio

1. MOLA: sigla de doença trofoblástica gestacional

que produzem sapatinhos de crochê mas produzem adereços para si e para as outras, assim como os “sapatinhos” circulam, os adereços circulam, as histórias circulam, ter um filho ou não, sobreviver, estar bem sem dor não é o foco principal.

Keleman (1994) terapeuta corporal e estudioso dos processos do vivo, destaca que podemos perceber ao longo da vida que tivemos vários corpos portanto, várias vidas no curso de uma mesma vida.

As passagens aqui são tomadas como lugar para que a vulnerabilidade daquele corpo, daquela vida se faça presente e é ali neste mesmo lugar, aonde as perdas, o luto de outros corpos está presente, que a potência e a possibilidade de um outro momento emerge ora mais ora menos fluente, mas sempre presente como capacidade do vivo que procura vingar. Para Keleman (1994) o corpo humano é o espaço aonde a experiência se dá.

A forma corporal é moldada pelas experiências atravessadas por aspectos biológicos, genéticos, vinculares, afetivos, sociais. Existe ao logo da vida uma evidência que transparece ao se observar um corpo e que a todo o momento o sujeito responde e cria a partir das afetações e das relações com o mundo. Modos de funcionar são modificados de tempos em tempos, modos de responder, intensidades, emoções, ritmos e territórios existenciais. A tudo isto, Keleman chama de processos somáticos num continuum que somente cessa de existir quando se encerra o ciclo da vida.

Winnicott (1983) aproxima-se desta concepção quando inicia uma autobiografia na qual descreve imaginariamente a sua morte em um poema/prece :

“[...] Estive morto. Não era particularmente agradável e me pareceu que levou um bom tempo (porém apenas um momento na eternidade). Chegando o

tempo, eu sabia tudo sobre meu pulmão cheio de água. Meu coração não conseguia fazer seu trabalho, pois o sangue já não podia circular livremente pelos alvéolos (Winnicott sofreu muito tempo com uma cardiopatia) Havia falta de oxigênio e asfixia. Não havia porque ficar revolvendo a terra, como dizia nosso velho jardineiro. Minha vida foi longa. Vejamos um pouco do que aconteceu quando eu morri? Meu pedido havia sido ouvido (Meu Deus, faz com que eu viva o momento de minha morte!)” (prefácio de Outeral in Winnicott 1983, p. 12).

Partindo assim do corpo, Keleman diz que a vida somática é a vida da criança, do adolescente e do adulto. Na transição de um corpo para outro, de um ciclo para outro, de uma condição para outra surgem crises, os momentos de estresse que revelam e configuram problemas. Para ele, de modo geral frequentemente encaramos com horror as transições da vida. “Perdemos as oportunidades que nos são proporcionadas pela nossa habilidade de mudar e formar”. (Keleman, 1994, p. 22).

Tentando compreender os processos somático de transição, Keleman (1994) diz, partindo de suas observações, que qualquer mudança de vida passa por três diferentes fases que articuladas aglomeram em si, qualidades emocionais, sensações corporais e problemas específicos. As etapas da mudança envolvem inicialmente, o término da fixação em modos determinados de fazer as coisas, depois, um período informe e em fluxo e, finalmente, uma fase de experimentação de novos modos de existir.

O ato de pôr fim a uma situação, imagem, modo ou forma de viver decorre de novos inputs tanto interno quanto externos. Pode

acontecer repentinamente quando alguém morre ou quando nos apaixonamos ou acontecer gradativamente como no final da infância ou da adolescência.

Quando essas alterações ocorrem, descobrimo-nos literalmente soltos no mundo. Esse é o *middle ground* no qual se pode sentir perdido ou sobrepujado. Isso pode ocorrer por mudanças para novos modos de existir.

Todas as transições requerem um período de separação, um tempo de espera e um tempo para reorganização de novas ações, emergência de novos desejos, o estágio de experimentação, a adolescência, a fase de testes, a confusão e então a maturação de uma forma, de um modo de existir imerso no provisório porque sempre dinâmico e em mutação tal como uma célula que não para de mudar em diferenciação permanente. (Keleman, 1994, p. 52).

É na aproximação com este *middle Ground* que colocamos também os chamados estados de vulnerabilidade: fragilidades a céu aberto, como potência de efetuação do novo.

Vulnerabilidade aqui entendida na sua possibilidade de produzir novas conexões, novos ordenamentos na vida.

Quando falamos de promoção em saúde, estamos falando de promoção de vida, de aumento de potência de vida.

Não se trata então de dividir as ações em áreas ou em ações. Assumimos a terapia ocupacional como área de integração.

Ao colocar as nossas ações na direção da vida dos sujeitos, estamos ampliando, redimensionando a própria reflexão sobre o conceito de vulnerabilidade assumindo um outro olhar que vá muito além do ferir como balizador para uma discussão sobre o “estar vulnerável”,

Falar do fenômeno e diferenciar da concepção da patologia como

fenômeno exclusivo: voltar para a experiência. Aproximando processo terapêutico, processos da atividade, processos de atenção como algo inerente ao campo relacional, vivo, como produção do vivo, com ritmos, com movimentos de maior ou menor consistência, forma, re-
doma, vazio, a experiência humana é um campo dinâmico.

*Precário, provisório, perecível.
Falível, transitório, transitivo.*

*Efêmero, fugaz e passageiro.
Eis aqui um vivo.
Impuro, imperfeito, impermanente.
Incerto, incompleto, inconstante.
Instável, variável, defectivo.
Eis aqui um vivo.
E apesar-
Do tráfico, do tráfico equívoco.
Do tóxico do trânsito nocivo;
Da droga do indigesto digestivo;
Do câncer vir do cerne do ser vivo;
Da mente, o mal do ente coletivo,*

*O sangue, o mal do soropositivo;
E apesar dessas e outras, O vivo
afirma, firme, afirmativo:
“O que mais vale a pena é estar vivo”
Não feito, não perfeito, não completo.
Não satisfeito nunca, não contente,
Não acabado, não definitivo:
Eis aqui um vivo.
Eis-me aqui.
VIVO*

Lenine

REFERÊNCIAS

- Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 2007; 10 (3):549-560.
- Ayres JRCM, França Jr, Calazans GJ, Saletto Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czerania D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Barros D, Lopes R, Galheigo SM. Terapia Ocupacional Social: concepções e perspectivas. In: Cavalcanti, Galvão. *Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.347-353.
- Boff L. *A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana*. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
- Buchala CM, Paiva V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4Supl):117-9.
- Busso G. La vulnerabilidad social y las políticas sociales a inicios del siglo XXI: una aproximación para los países latinoamericanos. Chile: CEPAL; 2001.
- Keleman S. *Realidade somática*. São Paulo: Summus Editorial; 1994.
- Morin A, Gadoua G, Potvin G. *Saber, Ciência, Ação*. São Paulo: Cortez; 2007.
- Paz A, Lara dos Santos B, Eidt O. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enf* 2006; 19(3):338-342.
- Pettengill MA, Ângelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Latino Am Enf* 2005; 13(6):280-285.
- Sanches K, Barros RA. *AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
- Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.

*Recebido em 9 de janeiro de 2008
Versão atualizada em 20 de fevereiro de 2008
Aprovado em 28 de março de 2008*