

# Atenção Básica em Saúde em um cenário de vulnerabilidade: produção de saúde e governança informal do tráfico

*AMANDA DOURADO SOUZA AKAHOSI FERNANDES<sup>I</sup>*

*SABRINA HELENA FERIGATO<sup>II</sup>*

*MASSIMILIANO MINELLI<sup>III</sup>*

*THELMA SIMÕES MATSUKURA<sup>IV</sup>*

## Introdução

**D**ESDE A CRIAÇÃO do SUS, regulamentado pela Lei n.8.080 em 1990, identifica-se em sua implementação a coexistência de diferentes concepções do processo saúde-doença-intervenção. As disputas colocam em contraposição a centralidade dos determinantes sociais de saúde relacionados à vulnerabilidade e o paradigma estritamente biomédico para a caracterização dos modelos de atenção em saúde.

Segundo Borde et al. (2015), desde seu surgimento, a Saúde Coletiva não entende saúde e doença como polos binários, mas sim como processos sociais que se desenrolam a partir das relações individuais e coletivas. Para enfatizar esse posicionamento o campo cunhou a expressão “determinação social do processo saúde-doença”, indicando a complexidade que envolve sua abordagem” e a orientação político ideológica de seus atores em promover uma ampliação do conceito hegemônico de saúde-doença. Campos (2000) incorpora também a palavra “intervenção” a esse processo, considerando que a própria intervenção em saúde é um saber constitutivo das práticas em saúde, produzindo não apenas conhecimento e políticas, mas também valores para a compreensão da saúde.

Nesse campo, podemos afirmar que já existe uma compreensão hegemônica de que as condições de saúde derivam substancialmente de fatores sócio-históricos-culturais, como classe social, gênero, raça, além de condições de alimentação, trabalho, renda, saneamento básico, acesso a bens, serviços e informação (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Do mesmo modo, as condições de risco e vulnerabilidade às quais sujeitos individuais e coletivos são submetidos não apenas influenciam como determinam sua condição de saúde.

Observa-se que apesar de o termo vulnerabilidade ter se inserido no rol das políticas públicas brasileiras de seguridade social não contributiva, de forma

a orientar suas ofertas, a literatura aponta a persistência de sua imprecisão conceitual (Carmo; Guizardi, 2018).

A partir de um estudo de revisão, Muñoz Sanchez e Bertolozzi (2007) apresentaram o conceito de vulnerabilidade de forma a subsidiar o conhecimento e a prática da saúde coletiva. Os autores apontam que o termo vulnerabilidade tem sido utilizado desde a década de 1980 no Brasil em estudos epidemiológicos, na perspectiva da abordagem de risco. Porém, identifica-se uma tentativa de ampliar esse conceito a partir do que se compreende por vulnerabilidade individual (comportamento pessoal), vulnerabilidade social (do contexto social) e vulnerabilidade programática (programas de combate à doença e agravos).

Esse “novo” conceito de vulnerabilidade, ainda em construção, transcende o caráter individualizante e probabilístico do conceito de risco, ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos – individuais, coletivos e contextuais – que levam à suscetibilidade de indivíduos ou grupos a doenças ou agravos. Além disso, também considera relevante incluir fatores relacionados à disponibilidade ou à carência de recursos destinados à proteção das pessoas (Muñoz Sanchez; Bertolozzi, 2007).

Assim, verifica-se que o conceito de vulnerabilidade tem forte alicerce nas ações educativas e tem em Ayres et al. (2003, 2009) uma de suas principais referências. Trabalhando com intervenções construtivistas, aliadas ao saber e participação popular, nessa perspectiva, a vulnerabilidade tem caráter particular, não probabilístico e não generalizável, e seu enfrentamento se pauta fundamentalmente pelo fortalecimento dos direitos humanos por meio de políticas setoriais e intersetoriais.

No contexto em que esse fortalecimento não foi atingido ou que o Estado se mostra insuficiente/ausente escancarando a vulnerabilidade do contexto social e a vulnerabilidade programática, verifica-se o surgimento de processos de governança informal (Fischer, 2021; Rosenau, 2000).

O termo governança caracteriza o conjunto de:

[...] atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e não dependem, necessariamente, do poder de polícia para que sejam aceitas e vençam resistências. Em outras palavras, governança é um fenômeno mais amplo [...] [pois] abrange [...] também mecanismos informais, de caráter não governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações dentro de sua área de atuação tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas. (Rosenau, 2000, p.15)

O processo de governança informal se diferencia do governo estatal, mas não é exatamente sua oposição. Independentemente de seu caráter, toda governança se pauta por um valor de legitimidade. Nessa perspectiva, “a governança é um sistema de ordenação que depende de sentidos intersubjetivos, mas também

de constituições e estatutos formalmente instituídos que só funciona se for aceito por uma maioria” (ibidem, p.16).

De acordo com Machado da Silva (1993), processos de governança informal se apresentam como ordenamentos legítimos que se constituem em diferentes territórios em *coexistência* com a governança estatal, apresentando ao conjunto das pessoas que o vivenciam um repertório de instâncias de gestão em disputa. Nesse caso em específico, disputando também as políticas e práticas de cuidado em saúde.

Estudos evidenciam que, no que tange às políticas de saúde, o fortalecimento das redes de governança informal se consolida em territórios vulnerabilizados. Muitas Unidades de Saúde, em diferentes regiões do país, atuam em situação de extrema vulnerabilidade/precarização, com destaque para as periferias. A vulnerabilidade se faz presente no cotidiano de trabalho, tanto no que tange à escassez de recursos humanos, estruturais, quanto nas condições vivenciadas pelos trabalhadores e nas possibilidades de cuidado ofertadas à população (Roeker et al., 2012; Sousa et al, 2011; Sawaya et al., 2018), escancarando a insuficiência da presença do Estado nesses territórios ou a presença de um Estado ativador de necropolíticas (Mbembe, 2018).

Considerando o processo histórico, as periferias no Brasil emergiram a partir da herança de um país de origem escravocrata, e se avoluma no decorrer do processo de industrialização, pós-Segunda Guerra Mundial na década de 1940, com a migração da população da área rural para as cidades, devido ao crescimento econômico advindo da indústria (Ávila, 2006; Maricato, 2000; Rufino, 2016). Entretanto, assim como as cidades não construíram opções para a inclusão cidadã das pessoas escravizadas, o mercado não se abriu para a maior parte da população que buscava moradia nas cidades, ocasionando o deslocamento dos migrantes para áreas inadequadas de habitação e formando grandes aglomerados urbanos em um cenário de extrema vulnerabilidade (Maricato, 2000).

A década de 1980, com a estagnação do mercado e aumento da inflação (Torres, 2001), é marcada pela expansão da desigualdade e a sociedade brasileira passa a experimentar fortemente o fenômeno da violência urbana (Maricato, 2000).

A partir do momento em que as novas gerações vivenciam a permanência dessas crises, e sua inescapabilidade, novos diagramas passam a se compor, e as chances no *mundo do crime* (conjunto de códigos sociais e sociabilidades, que se estabelecem em torno dos negócios ilícitos do narcotráfico, roubos, assaltos e furtos) tornam-se alternativa de sobrevivência (Feltran, 2002). Se a inserção no mundo do crime se constitui em alternativa à sobrevivência individual, a presença do tráfico como outra instância de governança emerge como força coletiva, inclusive no que tange à governança informal da saúde.

Até o final dos anos 1990, as periferias passaram a vivenciar o *mundo do crime*, com altas taxas de homicídios, o que perdurou até a constituição do *mo-*

*movimento* (Primeiro Comando da Capital – PCC) no interior das cadeias do estado de SP na mesma década (Biondi, 2018; Feltran, 2018). Tal *movimento* passa a estabelecer um código de conduta e ética através de sua dinâmica e atores, garantindo a ordem em diferentes locais como presídios, biqueiras e território (Feltran, 2018).

Destaca-se que parte importante dos territórios sanitários vulneráveis se encontram invisíveis às políticas estatais, de forma que, segundo Rufino (2016), antes da chegada do *movimento* as periferias representavam territórios sem Estado, quase totalmente intocados pelas políticas públicas, exceto pelos empreendimentos habitacionais massificados.

Tendo em vista esse cenário, o estudo de Sawaya et al. (2018), realizado a partir dos relatos de profissionais do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren), abordou a atuação da assistência à saúde nos contextos vulneráveis, como as periferias, onde, para além da pobreza, há a presença do tráfico de drogas. Ainda que apenas na perspectiva dos profissionais e sem um delineamento metodológico claro, os autores discutem que o tráfico de drogas tende a se tornar um dos principais desafios para o sucesso do serviço público de saúde nas periferias.

Embora muitos estudos sobre vulnerabilidade tenham sido desenvolvidos nos últimos anos, verifica-se uma concentração de publicações com viés epidemiológico. Entretanto, ainda que recentes, identifica-se na literatura um investimento cada vez mais forte de incorporação do conceito ampliado de vulnerabilidade e sua relação nas ações territoriais.

Assim, é necessário fortalecer investigações dessa natureza, uma vez que, ao abordar o cenário das periferias no Brasil a partir da operacionalização do conceito de vulnerabilidade em uma perspectiva ampliada, tende-se a contribuir para renovar as práticas de saúde, corresponsabilizando diferentes setores da sociedade para a produção de condições coletivas de saúde (Muñoz Sanchez; Bertolozzi, 2007).

Nessa direção, o presente estudo tem como objetivo compreender a relação entre produção de saúde<sup>1</sup> e a governança informal do tráfico, a partir da realidade de uma Unidade de Saúde em um território em vulnerabilidade, por meio da vivência etnográfica da pesquisadora em uma periferia onde há a presença do *movimento*. Aponta-se que ao mencionar neste estudo o termo tráfico, subentende-se que esse envolve diretamente o *movimento*, assim como os membros que o compõe e a sua lógica de funcionamento e conduta.

### **A tessitura do estudo**

Este estudo integra a pesquisa de doutorado (aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob n.2.320.459) da primeira autora e trata-se de parte dos resultados advindos de uma etnografia (Beaud, 2014), realizada em uma Unidade de Saúde de uma periferia com alto índice de vulnerabilidade, localizada em município de médio porte do estado de São Paulo.

Assim como outras periferias, o território focalizado nasceu de uma ocupação irregular, constituindo-se historicamente em alternativa de moradia para algumas famílias empobrecidas, sendo a maior parte delas migrantes. Com o tempo, o território passou a ser reconhecido pelos moradores do município, mídia e poder público, como local de criminalização, associada à presença do tráfico de drogas.

O percurso etnográfico ocorreu ao longo de um ano e três meses, até a saída da pesquisadora do campo, em razão do fechamento da Unidade após uma situação de violência sofrida por uma das profissionais do serviço e com fortes reverberações na equipe e sua relação com a comunidade. Ao longo deste estudo utilizou-se do diário de campo (Weber, 2009), fotografias e entrevista abertas com interlocutores (profissionais da Unidade e de outros equipamentos do território, moradores e usuários dos equipamentos de assistência).

Inicialmente, a pesquisadora se inseriu na Unidade de Saúde, acompanhando o cotidiano dos profissionais e as ações realizadas. Posteriormente, aprofundou o reconhecimento do território de abrangência, mapeando os espaços de circulação da população e as relações estabelecidas entre os diferentes atores presentes nesse contexto.

A análise dos dados etnográficos perpassou por organização, gerenciamento e classificação do material produzido, e esse processo visou escolher e selecionar as observações, acontecimentos e cenas mais importantes, relacionando-as com o contexto da pesquisa e o objeto investigado (Beaud, 2014). A partir dessa análise, os resultados foram agrupados em dois eixos: (1) *A dinâmica do território e a presença do tráfico de drogas mediando e gerenciando os equipamentos da rede de cuidado*; e (2) *O cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde em cenários vulneráveis*.

Com base nesses dois eixos evidencia-se a função dicotômica que o tráfico assume no território, ora associado unicamente ao mundo do crime e todas as implicações envolvidas e, ora, em outras situações, como mecanismo de suporte e apoio tanto à população quanto à própria Unidade de Saúde, diante da ausência ou insuficiência do Estado.

Além disso, discute-se a partir dos desafios e perspectivas do cotidiano do trabalho em saúde a vulnerabilidade à qual grande parte da população está submetida e a efetividade das ações em saúde, que demandam por atuações de outra natureza, para além do enfoque biomédico diante dos problemas de saúde como comumente ocorre (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996; Nery, 2006), mas também para além da polarização vítimas e vilões.

Visando contextualizar e apresentar os resultados que perpassam pelos dois eixos de análise, algumas cenas presentes no Diário de Campo (DC) e Entrevistas/conversas com os Interlocutores (EI) serão apresentadas e posteriormente discutidas.

## A dinâmica do território e a presença do tráfico de drogas mediando e gerenciando os equipamentos da rede de saúde

No início da pesquisa de campo, ao chegar no território pela primeira vez, foi possível notar que havia uma circulação intensa dos moradores pelas ruas, em frente às casas, um tanto peculiar para um dia de semana. A compreensão sobre essa cena ficou clara posteriormente.

*Mais tarde já na Unidade de Saúde para uma primeira reunião, e ao fazer os acordos com a equipe sobre os melhores dias e horários para minha presença na Unidade, a gestora informou que o funcionamento praticamente só ocorre pela manhã e que a tarde “tudo para”. Diante do estranhamento, a gestora esclarece que no período da tarde os moradores permanecem pelas ruas, alguns enquanto usuários de drogas e outros envolvidos com atividades vinculadas ao tráfico. Assim, a Unidade tinha pouca procura neste período. (DC)*

Além da dinâmica que se estabelece no território e nos equipamentos de cuidado, destaca-se a presença do tráfico em algumas cenas apresentadas a seguir, que evidenciam o quanto esse tem influência na mediação e gerenciamento do cotidiano de trabalho e funcionamento do serviço.

*Em uma manhã bastante movimentada na Unidade de Saúde, houve um conflito entre duas usuárias do serviço e a auxiliar de enfermagem, após ser negado atendimento médico a uma das mulheres por não apresentar o cartão da Unidade e por ela ser de outro território. O conflito se estendeu por quase duas horas, na presença de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), até que pela não resolução da situação, e ambas permanecerem com posturas agressivas, foi acionado um morador do território. Com a chegada desse morador, os ânimos se acalmaram. (DC)*

Segundo alguns interlocutores, essa figura de homem, alto, forte e tatuado na face é responsável por “resolver os problemas e conflitos no bairro”, tratando-se do “disciplina”. Ele mesmo conversou com as mulheres, que prontamente partiram. Semanas depois, após outras cenas e informações dadas pela equipe, concluiu-se que esse homem, na função de disciplina dentro do movimento, era responsável por manter a ordem no território, assim como também era o responsável por uma importante *biqueira* (local onde se vende droga).

Identificou-se a atuação do tráfico em situações similares a essa, porém em outros equipamentos do território, como pode ser ilustrado pelo trecho:

*Interligada à Unidade de Saúde havia uma quadra de esportes onde ocorriam as atividades do Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) voltadas às crianças e adolescentes. Cotidianamente presenciava algumas atividades realizadas neste projeto devido à proximidade com a Unidade de Saúde. Durante uma entrevista com um dos interlocutores vinculados ao CRAS, ele relata que apesar de acreditar na potência do seu trabalho com as crianças e adolescentes, é muito difícil e desgastante, uma vez que*

*há crianças com “dificuldades de comportamento”, e as relações com as famílias são frágeis. Quando não há alternativas e formas de lidar com alguns deles, principalmente em casos de violência, a equipe acaba por acionar o disciplina do bairro. (EI)*

Observa-se que da mesma forma que a situação anterior na Unidade de Saúde, o *disciplina* é demandado para o controle e ordem, pois impõe medo e respeito às crianças, adolescentes e famílias, ainda que sob a forma de ameaças.

É possível compreender que há uma organização no território que transcorre pelo tráfico, conduzida por alguns atores que controlam, apoiam ou direcionam parte importante das ações da população, reforçando as considerações presentes na literatura (Biondi, 2018; Feltran, 2018, 2011; Manso, 2018).

Além disso, neste estudo, verificou-se que tal mediação ocorre em diversas situações cotidianas que emergem em diferentes cenários, incluindo o interior dos equipamentos de saúde, assistência, entre outros. Evidencia-se o quanto os profissionais e os equipamentos acabam por compartilhar e até mesmo fazer uso deste funcionamento, seja pelo desamparo, pela ausência das diferentes esferas do poder público, seja também pela necessidade diante de uma situação de risco, onde não se tem outro tipo de respaldo e a composição com outras formas de governança territorial se faz necessária. A questão que se coloca é: que modos de produção de saúde se instauram em cenários como esse?

Ainda que não objetive suprir as carências do Estado, o tráfico possui uma ética de funcionamento a partir de mediações que, de certa forma, respalda a população e até mesmo os profissionais. Assim, o tráfico é considerado ator de gestão de populações, de forma que a periferia não seria um mundo sem regras, mas um território onde o Estado não é a única autoridade, pois as fronteiras de sua ação também são definidas por organizações não estatais (Feltran, 2011).

No caso do presente estudo, a situação que culminou com o fechamento da Unidade foi relatada ao pesquisador em conversa com um interlocutor, morador do território e possível integrante do tráfico. Esse interlocutor contou que por motivos relacionados à falta de assistência à população pelo alagamento da Unidade após as fortes chuvas no período da noite e, também, pela precariedade das instalações, uma profissional do serviço, ao sinalizar que naquele dia as atividades estavam canceladas, foi agredida por um usuário que aguardava por atendimento. Como se verá, essa situação é também um reflexo da desassistência e propagação da violência já instaurada no território.

O interlocutor ainda esclareceu que quando a Unidade foi inaugurada, os integrantes do tráfico “tomaram conta”, mas com a mudança da gestão na Unidade, a nova coordenadora afirmou que não concordava com a presença deles naquele local. Respeitando o posicionamento da coordenadora, os integrantes se retiraram, porém alegando que a ausência deles poderia trazer riscos à equipe.

Aponta-se que ainda que a presença do tráfico respalde os moradores e profissionais, também tem como efeito o controle do território em todos os

aspectos, regendo o cotidiano dos sujeitos e instituições, de forma que até mesmo naturalizarem esse funcionamento ao acionarem, por exemplo, *o disciplina* em determinadas situações. Em contrapartida, compreende-se que muitas vezes essa “naturalização” é o que permitia a sobrevivência da própria Unidade, em contextos de violência.

Nessa situação, evidenciam-se não só as condições que os profissionais da saúde estão expostos, como também a vulnerabilidade social que a população está sujeita, uma vez que, ante a vulnerabilidade presente e carência de recursos humanos e estruturais, a população tem permanecido invisível ou inatingível às políticas públicas, estando muitas vezes sujeitas às leis do território e suas implicações.

No processo investigado, considera-se que os equipamentos e recursos eram insuficientes e funcionavam em situações bastante precárias. Com o fechamento da Unidade a população perde o único dispositivo territorial da saúde que tinha acesso. Se não bastasse a precariedade existente, a decisão de fechar a Unidade imposta pela gestão municipal superior acabou por, indiretamente, penalizar a população pela própria violência a que está sujeita e é coproduzida no território, desassistindo-a ainda mais. Ressalta-se que situações como essa apenas reproduzem cotidianamente a história do Brasil colônia, onde a associação entre tráfico de drogas e a sujeição de minorias por parte do Estado sempre esteve presente (Souza, 2018).

Nessa direção, os resultados do presente estudo reforçam o que a literatura vem apontando sobre as diferentes periferias do Brasil, no que tange à precarização da saúde e assistência em territórios abandonados pela gestão municipal (Ávila, 2006; Begnami, 2008; Pereira, 2012), ao mesmo tempo em que instauram às equipes um importante desafio: é preciso repensar os modos de como se relacionar com territórios do tráfico para produzir saúde. Muitas vezes, dependem de sua organização para garantir a segurança da Unidade, para acessar a população e realizar suas práticas; afinal, os profissionais de saúde operam um campo de produção de verdade que é fortemente validado num regime em que a proteção da vida é um objetivo essencial (Souza, 2018).

Mesmo diante de todas as conotações até aqui descritas, a etnografia evidenciou uma preocupação do tráfico com a população local em situações que envolviam a oferta de ações e acesso aos serviços, cumprindo um papel de agentes do cuidado, como nas situações de estupro de crianças e adolescentes e as medidas que o tráfico tomava diante disso. Tais preocupações também foram encontradas por Biondi (2018), que aponta a preocupação e respaldo que o movimento oferece à comunidade, e também sobre o reconhecimento por parte do movimento do importante papel dos profissionais que assistem as comunidades onde estão inseridos.

No dia em que a Unidade foi fechada havia uma preocupação generalizada no território. Em conversa com o interlocutor logo após o ocorrido, esse relatou

que teve conhecimento que alguns integrantes do tráfico estavam se articulando para pensar nas estratégias a serem tomadas diante dessa situação, uma vez que a população não poderia ficar desassistida, ainda que compreendesse a gravidade do que aconteceu.

Tendo em vista esse cenário de desassistência a qual a população das periferias está sujeita, discute-se sobre o fato de o problema não ser a falta de políticas públicas e a ausência de equipamentos de cuidado, mas o quanto ainda é necessário que essas proposições sejam acompanhadas de investimentos e ações que considerem as particularidades e demandas territoriais, assim como as necessidades de saúde dessa população.

Na mesma direção, Souza (2018) aponta que a ampliação de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem acompanhada de um aumento da demanda de cuidado, tanto para usuários em uso abusivo de drogas quanto no manejo de situações em relação ao tráfico, reforçando a necessidade de produção de redes de cooperação em rede setorial e intersetorial. A título de exemplo, aborda que com a ampliação da política de Redução de Danos e a ampliação da estratégia de apoio matricial em Saúde Mental para as equipes da atenção básica, conquistaram-se avanços significativos, embora ainda insuficientes, nas estratégias de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, mas pouco se avançou no desenvolvimento de estratégias efetivas para qualificar a relação entre equipes da atenção primária e os territórios do tráfico.

### **O cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde em cenários vulneráveis**

As cenas de conflitos entre usuários e profissionais da equipe eram constantes, o ponto de resultar na desativação da Unidade de Saúde, como já apontado. Assim, importa destacar as consequências que a violência tem gerado no cotidiano dos profissionais, tendo que manejar não só as atividades relativas ao contexto da Unidade, mas também de conviver com as ameaças e o medo constante. Estudos visando abordar a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde diante da exposição a certas condições de trabalho têm sinalizado para recorrentes processos de sofrimento psíquico vivenciado pelos mesmos (Braga et al., 2010; Katsurayama, 2013; Alcântara; Assunção, 2016).

Para além da violência à qual os profissionais estão expostos, esses são testemunhas e deparam, cotidianamente, com situações de violência a que a população está sujeita. No decorrer da presente pesquisa foi possível dialogar com os Agente Comunitário de Saúde (ACS) sobre as diferentes situações do cotidiano de trabalho. Dentre elas, uma ACS contou sobre uma situação de violência sofrida por uma usuária que buscou por ajuda na Unidade no dia anterior. O relato era de uma gestante de sete meses que chegou à Unidade passando mal, em processo de aborto. Ela havia sofrido agressões físicas do companheiro. A ACS afirmou que nessas situações o protocolo prescreve que se deve prestar o atendimento, encaminhar para onde for necessário, sendo a polícia acionada.

Porém, naquele território a polícia não entra e, se entrar, o tráfico pode associá-la aos profissionais da Unidade, e isso traria riscos à equipe.

Aponta-se essa relação ambígua que o tráfico (e a própria equipe de saúde) assume, que, ao mesmo tempo em que protege e presta assistência de alguma forma à população, como apresentado no primeiro eixo de análise, também é fonte de ameaça, medo e controle que acaba limitando e impedindo a autonomia das pessoas, tendo seus direitos violados.

Uma outra ACS narra sobre a desmotivação por trabalhar em um território tão vulnerável. Relata que muitas vezes os profissionais acabam por seguir as leis do território, negligenciando alguns casos que aparecem na Unidade de Saúde. Isso se aproxima parcialmente dos resultados do estudo de Sawaya et al. (2018), uma vez que os autores enfatizaram o quanto o tráfico de drogas se tornou um dos principais obstáculos para o sucesso do serviço público de saúde. Consideramos a aproximação parcial, pois o referido estudo revelou apenas aspectos negativos advindos da relação tráfico-Unidade e, na presente pesquisa, observou-se a existência de uma dualidade no papel assumido pelo tráfico.

Utilizando a expressão Operadores de Saúde, os autores afirmam que é comum nos relatos das equipes que atuam no território o comportamento ameaçador dos traficantes, limitando a condução de trabalho das equipes. Semelhante ao relato da ACS aqui apresentado, no estudo de Sawaya et al. (2018) os profissionais relatam que muitas vezes deixaram de notificar a suspeita de casos de abuso ou negligência infantil, pelo medo e receio de retaliação das organizações criminosas, levando à interrupção da assistência, afetando negativamente as famílias.

Os resultados do presente estudo somam-se às considerações da literatura que apontam como as diferentes situações de violência têm gerado um efeito difuso e direto sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando os conflitos por eles atendidos afetam os profissionais, pelo amedrontamento, ameaças, danos físicos e/ou psicológicos, até mesmo nas situações em que os profissionais conseguem identificar a pluralidade da violência (Kaiser; Bianchi, 2008; Oliveira et al., 2011).

Importa também destacar que os trabalhadores da saúde têm sido constantemente violentados e/ou violentos também em consequência do movimento ativo de precarização do trabalho, impotência ante as dificuldades vivenciadas e desvalorização do Estado, explícito pelas recentes desconstruções e retrocessos nas políticas públicas de saúde (Brasil, 2016; Morosini; Fonseca, 2018).

Assim, o território configurado como espaço de criminalização e associado à presença do tráfico de drogas tem gerado impactos importantes tanto para a população, que tem sofrido com a desassistência, como também para os profissionais que atuam nesses espaços.

Na complexidade da produção de cuidado no território, espera-se que a assistência à saúde amplie suas ações para além dos problemas específicos e fo-

calizados nos programas ministeriais, mas especialmente para as necessidades de saúde e determinantes sociais que perpassam pela violência física e sexual vivenciadas pelas crianças e adolescentes, prostituição infantil, altos índices de evasão escolar, desemprego etc. A título de exemplo, durante a pesquisa era comum encontrar crianças em situação de negligência parental e institucional, que desde cedo eram envolvidos no *mundo do crime*; adolescentes que após engravidarem não retornavam para escola; famílias que prostituíam os filhos em troca de substâncias psicoativas, e muitas vezes essa população sequer tinha acesso à Unidade de Saúde, ou, quando tinha, essa demanda não era reconhecida por parte dos profissionais como uma demanda para o setor saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe que os campos da saúde pública tornem visíveis os aspectos envoltos no processo de saúde-doença-intervenção, levando em consideração as condições de vulnerabilidades, de forma a mobilizar, corresponsabilizar e articular diferentes setores, visando a construção de políticas públicas específicas às demandas sociais, como aqueles invisibilizados e excluídos (Mota; Vicentin, 2017).

Entretanto, o que se verifica é um distanciamento entre o que é proposto e consta nas políticas públicas e o que tem se efetivado no âmbito da assistência. É necessário que o Estado se responsabilize para concretização do que tem sido pautado na esfera política e que avance, no sentido de assegurar o que está previsto pelo SUS, compreendendo a saúde como um direito de todos, ainda que sob as constantes atrocidades e desmontes vivenciados desde 2017.

Considera-se que um dos caminhos seja a compreensão de que o cuidado deve se pautar pelo trabalho em rede e pela corresponsabilização de diferentes atores (Estado e comunidades), por meio da cocriação de políticas públicas e estratégias para sua efetivação, que sejam condizentes e respondam às demandas territoriais. Além disso, é importante a valorização do saber local e dos profissionais que atuam nestes territórios, por meio de melhores condições de trabalho, assim como investimento em infraestrutura e equipes.

Tendo em vista os resultados aqui apresentados, é necessário refletir sobre a efetividade das ações em saúde, que demandam por atuações de outra natureza, para além dos problemas e da assistência à saúde no seu restrito significado (Frutuoso et al., 2015). Desse modo, a partir da compreensão das três dimensões, individual, coletiva e contextual, os determinantes sociais da saúde poderão ser reconhecidos inovando as práticas de saúde, à luz das necessidades e limites de seus contextos (Muñoz Sanchez; Bertolozzi, 2007).

É preciso, por um lado, salientar os aspectos macropolíticos envolvidos. Segundo Frutuoso et al. (2015), no debate contemporâneo em torno dos problemas sociais manifestados nas cidades apresentam-se novos e velhos temas: a globalização financeira, a urbanização e a metropolização crescentes, a existência de segmentos da população afastados do mundo do capitalismo globalizado, a segregação, a desigualdade, a exclusão e a pobreza. As condições de vulnerabilidade

configuram-se em obstáculos ao desenvolvimento humano, onde a globalização está implicada no ciclo vicioso em que o aumento da desigualdade leva à pobreza e à exclusão social e conseqüentemente impactam nas condições de vida e saúde dos sujeitos (Cotta et al., 2007). Importa alertar que tais condições tendem a se agravar com o avanço das políticas autoritárias e conservadoras no Brasil.

No que se refere à micropolítica do cuidado em saúde, compreende-se que o caminho seja a transferência do olhar do sujeito adoecido para o território, visando promover uma assistência à saúde complexa e longitudinal. Conforme proposto pela clínica ampliada, busca-se extrapolar o cuidado para além da dimensão individual, abrangendo também aspectos coletivos e contextuais (Mota; Vicentin, 2017). Abranger esses aspectos inclui a análise/enfrentamento das vulnerabilidades e sua articulação com as instâncias de governança informal do território (neste estudo demos ênfase ao tráfico, mas sabemos que existem outras, como as lideranças comunitárias e religiosas, por exemplo).

No âmbito das políticas públicas, a noção de vulnerabilidade vem sendo adotada pelo Ministério da Saúde como um dos objetos de intervenção fundamentais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), produzindo mudanças profundas no modo de definir, identificar, intervir e priorizar a população a ser atendida, provocando efeitos diversos nas práticas dos trabalhadores e dos usuários de serviços de Saúde Pública no país (Mota; Vicentin, 2017). Assim, considera-se que a saúde deve ser produzida nos espaços da vida e, portanto, devem-se priorizar aspectos políticos desse território, contextos afetivos e de significação no cotidiano, reconstruindo práticas de saúde (Frutuoso et al., 2015).

Ao priorizar os aspectos políticos e culturais de um território periférico, pressupõe-se considerar também os processos de governança informal, não como uma causa ou efeito da vulnerabilização coletiva, mas sim como ordenamentos legitimados que coexistem com a governança do SUS e podem compor as construções micropolíticas de saúde em territórios vulnerabilizados. A negação dessa coexistência pode ter como consequência a substituição das políticas públicas de saúde estatais por arranjos locais de ordenamento do cuidado.

Apesar dos avanços no desenvolvimento de arranjos e dispositivos de gestão e atenção que potencializam a articulação entre equipes de saúde e entre equipes e usuários, é indispensável reconhecer a importância de aprimorar as tecnologias sociais e de cuidado para que fortaleçam a dimensão criativa do trabalho em saúde (Souza, 2018). Tal dimensão precisa ser suficientemente plástica para vincular-se às dinâmicas próprias de cada território, incluindo movimentos de proteção às violências e associação aos movimentos vivos e inventivos da comunidade.

### **Considerações finais**

O objetivo do presente estudo foi dar passagem a cenas que explicitam a relação entre produção de saúde e a governança informal do tráfico, a partir da realidade de uma Unidade de Saúde em um território periférico.

Ao articular os dados produzidos na pesquisa com os conceitos de vulnerabilidade e governança informal, procuramos demonstrar que a Unidade de Saúde, assim como o território adscrito investigado, se encontra em um cenário marcado pela presença do tráfico de drogas, abarca ao mesmo tempo mecanismos informais e legitimados de suporte e proteção, como também de medo e controle, mediando cuidados da população, o trabalho em saúde, as instituições e os territórios. Tanto menor a presença do estado, maiores é a legitimidade desta gestão. Além disso, evidenciou-se nos resultados cenas que expressam o contexto de vulnerabilidade ao qual a população e os profissionais vivenciam, como as situações de violência, de forma a impactar no funcionamento da Unidade e também no cuidado ofertado e na saúde dos trabalhadores.

Esse processo remete a décadas de transformações ocorridas no universo do trabalho, da família, da vida urbana e da saúde, além do processo contínuo de subfinanciamento do SUS, que não foi possível abordar em um artigo, com a merecida profundidade que o tema exige.

Apesar das limitações do presente estudo, relacionadas especialmente pelo recorte local, depreende-se contribuições para a compreensão acerca da realidade que se encontram as Unidades de Saúde em territórios em vulnerabilidade. Além disso, fortalece a tese de que o Estado, por meio de políticas de saúde e intersetoriais, pode cumprir uma função importante para o enfrentamento da vulnerabilidade social, tanto no que se refere aos seus efeitos, quanto à interferência nas situações que a coproduzem. O estudo oferece, ainda, elementos para a aproximação dessa realidade, na construção de políticas e estratégias que respaldem e suportem os profissionais e o cuidado ofertado neste nível de atenção à saúde.

#### Nota

1 O conceito de produção de saúde relaciona diretamente a concepção de saúde à produção de modos de vida, e as práticas de saúde à criação e recriação, na cultura, de modos de existência, assim como produção de mundos (Teixeira, 2015).

#### Referências

ALCÂNTARA, M. A. de; ASSUNÇÃO, A. A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v.41, e2, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=en&nrm=iso)>.

ÁVILA, M. P. *Periferia é periferia em qualquer lugar?* Antenor Garcia: estudo de uma periferia interiorana. São Carlos, 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de São Carlos.

AYRES, J. R. de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas

- perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) *Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. de C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. S. C. et al. (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009.
- BEAUD, S. *Guia para a pesquisa de campo*. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BEGNAMI, P. dos S. *Pelos olhos das crianças: uma etnografia da favela do Gonzaga São Carlos*. São Carlos, 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos.
- BIONDI, K. *Junto e misturado: uma etnografia do PCC*. São Paulo: Terceiro Nome, 2018.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.841-54, jul./set. 2015.
- BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1585-96, June 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700070&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700070&lng=en&nrm=iso)>.
- BRASIL. Senado Federal. *Proposta de Emenda à Constituição n.55, de 2016 - PEC do teto dos gastos públicos*, 2016.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, abril 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso)>.
- CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v.5, n.2, p.219-230, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>. Acesso em: 2 jul. 2021.
- CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n.3, e00101417, 2018. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso)>.
- COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.278-86, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300010&lng=en&nrm=iso)>.
- FELTRAN, G. de S. Movimentos Sociais na Periferia de São Paulo: Narrativas da Política em Tempos de Neoliberalismo. *Coletânea de Artigos apresentados no Seminário de Pesquisas em andamento* da APG-IFCH, v.1, n.1, p.63-81, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo*. São Paulo: Unesp, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Irmãos: uma história do PCC*. São Paulo: Cia. das Letras, 2018.
- FISCHER, B. Historicizing informal governance in 20<sup>th</sup> century Brazil. *Contemporary Social Science*, 2021.

FRUTUOSO, M. F. P. et al. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.337-49, June 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200337&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200337&lng=en&nrm=iso)>.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm*, v.29, n.3, p.362-6, 2008.

KATSURAYAMA, M. et al. Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.414-19, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2013000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400009&lng=en&nrm=iso)>.

MACHADO DA SILVA, L. A. Violência urbana: representação de uma ordem social. In: NASCIMENTO, E.; BARREIRA, I. (Org.) *Brasil urbano: cenários da ordem e da desordem*. Rio de Janeiro: Notrya, 1993.

MANSO, B. P.; DIAS, C. N. *A ascensão do PCC e o mundo do crime no brasil*. São Paulo: Todavia, 2018.

MARICATO, E. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras. *São Paulo em Perspectiva*, v.14, n.4, p.21-33, 2000.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Configurações do trabalho dos Agentes Comunitários na atenção primária à saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA et al. (Org.) *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MOTA, S. T.; VICENTIN, M. C. G. Visibilidade, estigmatização e territorialização: percepções acerca da vulnerabilidade na Atenção Básica à Saúde. *Distúrbios da Comunicação*, v.29, n.1, p.158-171, mar. 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/30101>>.

MUÑOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.319-24, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso)>.

NERY, A. A. *Necessidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família, no município de Jequié 411 – BA*: em busca de uma tradução. Ribeirão Preto, 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, C. C.; ALMEIDA, M. A. S. de; MORITA, I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v.35, n.3, p.412-20, Sept. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300016&lng=en&nrm=iso)>.

PEREIRA, P. E. *Aí! Tá me tirando?! O que dizem jovens moradores da periferia de São Carlos sobre si mesmo e a questão das drogas*. São Carlos, 2012. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos.

ROECKER, S.; BUDO, M. de L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.46, n.3, p.641-9, June 2012. Disponível em: <<http://www>>.

scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso>.

ROSENAU, J. N. Governança, Ordem e Transformação na Política Mundial. In: ROSENAU, J. N.; CZEMPIEL, E.-O. *Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial*. Brasília: Ed. Unb; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p.11-46.

RUFINO, M. B. C. Transformação da periferia e novas formas de desigualdades nas metrópoles brasileiras: um olhar sobre as mudanças na produção habitacional. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v.18, n.35, p.217-36, Apr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-99962016000100217&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-99962016000100217&lng=en&nrm=iso)>.

SAWAYA, A. L.; ALBUQUERQUE, M. P. de; DOMENE, S. M. A. Violência em favelas e saúde. *Estud. av.* São Paulo, v.32, n.93, p.243-50, ago. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142018000200243&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000200243&lng=en&nrm=iso)>.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. et al. (Org.) *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.20, n.spe, p.263-71, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000500033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500033&lng=en&nrm=iso)>.

SOUZA, T. de P. *Estado e sujeito: a saúde entre a macro e a micropolítica de drogas*. São Paulo: Hucitec, 2018.

TEIXEIRA, R. R. As dimensões da produção do comum e a saúde. *Saúde Soc*, v.24, p.27-43, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01003>.

TORRES, H. da G.; OLIVEIRA, M. A. de. Quatro imagens da periferia paulistana. *Rev. Espaço e Deb.*, n.42, v.2, 2001.

WEBER, F. A entrevista, uma pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v.15, n.32, p.157-70, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832009000-200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000-200007&lng=en&nrm=iso)>.

*RESUMO* – Este estudo visa explicitar a relação entre produção de saúde e a governança informal em territórios que convivem com o tráfico de drogas na Atenção Básica à Saúde (ABS), a partir de uma etnografia em uma Unidade de Saúde periférica, de um município de médio porte do estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio do Diário de Campo e entrevistas abertas com diferentes interlocutores do território. A análise dos dados perpassou por organização, gerenciamento e classificação do material coletado. Os resultados apontaram que diante da ausência ou insuficiência do Estado em territórios de vulnerabilidade social, o tráfico pode funcionar tanto como agente de precarização das relações de trabalho entre equipes de saúde e comunidade quanto

como provedor de mecanismos de suporte e proteção para a população, mediação e gerenciamento das relações cotidianas da população, incluindo sua relação com os equipamentos de saúde. Conclui-se que os processos de vulnerabilidade individual, social e programática produzem um solo fértil para a produção de processos de governança informal que podem coexistir com a governança estatal ou substituí-la.

*PALAVRAS-CHAVES:* Atenção Primária à Saúde, Produção de saúde, Vulnerabilidade, Território, Tráfico de drogas.

*ABSTRACT* – This study aims to understand a relationship between health production and parallel governance of drug trafficking in Primary Health Care (ABS), from an ethnography in a peripheral Health Unit, in a medium-sized municipality in the state of São Paulo. Data were collected through Field Diary and open interviews with different interlocutors of the territory. An analysis of the data passed through the organization, management and classification of the collected material. The results indicate that in the absence or insufficiency of the state, trafficking may function as a provider of support and protection mechanisms, mediation and management of the population's family relationships, including their relationship with health equipment.

*KEYWORDS:* Primary Health Care, Health production, Vulnerability, Territory, Drug trafficking.

*Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes* é professora do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar-PPGTO).  
@ – amanda.d.fernandes@hotmail.com / <https://orcid.org/0000-0001-8006-8117>.

*Sabrina Helena Ferigato* é professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Unicamp) e do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar-PPGTO). @ – [sabrinaferigato@gmail.com](mailto:sabrinaferigato@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0001-7567-7225>.

*Massimiliano Minelli* é antropólogo, professor da Università Degli Studi di Perugia, Perugia, Itália. @ – [massimiliano\\_minelli@hotmail.com](mailto:massimiliano_minelli@hotmail.com) / <https://orcid.org/0000-0002-8511-6090>.

*Thelma Simões Matsukura* é professora do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar-PPGTO).  
@ – [thelmamatsukura@gmail.com](mailto:thelmamatsukura@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0003-3812-3893>.

Recebido em 7.6.2021 e aceito em 20.7.2021.

<sup>I,II,IV</sup> Universidade de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>III</sup> Università Degli Studi di Perugia, Perugia, Itália.

