



Visibilidade, estigmatização e territorialização: percepções acerca da vulnerabilidade na Atenção Básica à Saúde

Visibility, stigmatization and territorialization: perceptions about vulnerability in Primary Health Care

Visibilidad, estigmatización y territorialización: percepciones sobre la vulnerabilidad en la Atención Primaria de Salud

Saulo Tavares Mota*

Maria Cristina Gonçalves Vicentin*

Resumo

A noção de Vulnerabilidade vem sendo adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde como um dos objetos de intervenção fundamentais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (2006), produzindo mudanças profundas no modo de definir, identificar, intervir e priorizar a população a ser atendida, e provocando efeitos diversos nas práticas dos trabalhadores e dos usuários de serviços de Saúde Pública no país. O objetivo deste estudo é analisar percepções de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde acerca da vulnerabilidade. Enfocamos trabalhadores que atuam na zona norte da cidade de São Paulo, mais especificamente na região da Freguesia do Ó / Brasilândia, local ao qual são atribuídos altos índices de vulnerabilidade, buscando compreender o modo como reconhecem pessoas e situações de vulnerabilidade e o modo como percebem suas estratégias de promoção da saúde e redução de vulnerabilidades. Foram entrevistados 14 profissionais pertencentes à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e à Supervisão Técnica de Saúde da Freguesia do Ó /

* Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUCSP - São Paulo-SP, Brasil.

Contribuição dos autores: STM: concepção e delineamento do estudo, elaboração e realização das entrevistas, transcrição, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão do artigo. MCGV: supervisão da pesquisa, elaboração e delineamento do estudo e da metodologia, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão do artigo.

Email para correspondência: saulotmota@gmail.com

Recebido: 30/10/2016

Aprovado: 19/02/2017



Brasilândia, na Zona Norte de São Paulo. Neste estudo, destacamos três dimensões da noção abordadas pelos profissionais entrevistados: a visibilidade da população, os perigos da estigmatização e a relação com a territorialização. Conclui-se que a noção de vulnerabilidade coloca-se como potencial instrumento para a transformação das práticas de saúde se exercitar a participação ativa da população na análise e no equacionamento de problemas e necessidades de saúde, interrogando permanentemente os efeitos estigmatizantes e colonizadores destas mesmas práticas.

Palavras-chave: Saúde Pública; Atenção Básica à Saúde; Vulnerabilidade; Promoção da Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The aim of this study is to analyze perceptions of workers of Primary Health about the vulnerability. We focused on workers who work in the north of the city of São Paulo, more specifically in the region of Freguesia do Ó / Brasilândia location that are assigned high vulnerability indices, trying to understand how they recognize people and vulnerable situations and the way they perceive its health promotion and vulnerability reduction strategies. The notion of vulnerability has been adopted in Brazil by the Ministry of Health as one of the fundamental objects of intervention of the National Health Promotion Policy (PNPS) (2006), producing profound changes in the way of identify, intervene and prioritize the population, and causing various effects on the practices of workers and users of public health services in the country. We interviewed 14 professionals from the primary care Coordination of the Municipal Health Department and the Health Supervision Technical of the Freguesia do Ó / Brasilândia, in the north of São Paulo. In this study, we highlight three categories addressed by the professionals interviewed: the visibility of population, the dangers of the stigmatization and the relationship with the territorialization. We conclude that the notion of vulnerability arises as a potential instrument for the transformation of health practices, if exercised the active participation of the population in the analysis and the weighting of problems and health needs, permanently questioning the stigmatizing effects and colonizers of these same practices.

Keywords: Public Health; Primary Health Care; Vulnerability; Health Promotion; Unified Health System.

Resumen

La noción de Vulnerabilidad ha sido adoptada en Brasil por el Ministerio de la Salud como uno de los objetos fundamentales de intervención de la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS) (2016), lo que produjo cambios profundos en la manera de definir, identificar y priorizar la población a ser atendida, y también creando diversos efectos en las practicas de los trabajadores y de los usuarios de los servicios de Salud Publica en el país. El objetivo de este estudio es analizar las percepciones de los trabajadores de la Atención Primaria de Salud acerca de la vulnerabilidad. Nos centramos en los trabajadores que actuan en la zona norte de la ciudad de San Pablo, específicamente en la región de la Freguesia do Ó / Brasilândia, donde se asignan índices de alta vulnerabilidad, tratando de entender como los trabajadores reconocen a las personas y situaciones vulnerables y la forma en que perciben sus estrategias de promoción de la salud y reducción de la vulnerabilidad. Entrevistamos a 14 profesionales de la Coordinación de Atención Primaria de la Secretaria Municipal de la Salud de São Paulo, y la Supervisión Técnica de Salud de la Freguesia do Ó / Brailandia, en la Zona Norte de São Paulo. En este estudio, se destacan tres dimensiones de la noción abordada por los profesionales entrevistados: la visibilidad de la población, los peligros de la estigmatización y la relación con la territorialización. Hemos concluido que la noción de vulnerabilidad surge como un instrumento potencial para la transformación de las prácticas de salud, si se ejerce la participación activa de la población en el análisis y la ponderación de los problemas y necesidades de salud, cuestionando permanentemente los efectos estigmatizadores y colonizadores de estas mismas prácticas.

Palabras clave: Salud Publica; Atención Primaria de Salud; Vulnerabilidad; Promoción de la Salud; Sistema Único de Salud

Introdução

A noção de Vulnerabilidade vem sendo adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde como um dos objetos de intervenção fundamentais da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) (2006), produzindo mudanças profundas no modo de definir, identificar, intervir e priorizar a população a ser atendida, e provocando efeitos diversos nas práticas dos trabalhadores e dos usuários de serviços de Saúde Pública no país.

Na perspectiva de Ayres, Paiva e Buchalla¹, no século XX, a noção de vulnerabilidade foi difundida mundialmente a partir do livro “AIDS in the World”², publicado em 1992 no formato de coletânea e produzido por Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter nos Estados Unidos. Tal livro foi produzido junto à Coalizão Global de Políticas contra a AIDS, que se caracterizava como um formato inicial do Programa das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS), com o apoio da Associação François-Xavier Bagnoud e da Harvard School of Public Health¹. Segundo Ayres, Paiva e Buchalla¹, pela primeira vez apresentou-se uma análise da situação mundial da epidemia de AIDS em termos de vulnerabilidade. Partia-se do aspecto comportamental e dos riscos epidemiologicamente apresentados, para em seguida identificar fatores sociais e de acesso a serviços que poderiam aumentar ou diminuir a capacidade individual de percepção e ação sobre o risco de exposição. Com o conceito de vulnerabilidade buscava-se compreender as implicações sociais, éticas e políticas dos comportamentos de risco³. Assim, o grau de exposição e de proteção de populações de diversos países do mundo foi analisado, de tal maneira que um ranking de classificação de alta, média e baixa vulnerabilidade foi desenvolvido, a partir de uma escala baseada em indicadores de saúde, sociodemográficos e de avaliações de programas de combate à AIDS¹.

No século XXI, ocorre um deslocamento do foco de intervenção nas políticas de saúde no Brasil, que passaram a priorizar menos a doença e mais a capacidade dos indivíduos de gerenciar e garantir sua própria saúde e seu bem-estar⁴. O Ministério da Saúde (MS) estabelece como seu objetivo a responsabilização e a capacitação dos indivíduos da população para a gestão de sua própria saúde⁶, definindo Promoção de Saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria

de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”⁶. Nesse período, a vulnerabilidade é tomada como conceito que define um dos objetos de intervenção da Política Nacional de Promoção da Saúde⁷, em 2006, reiterando ao conceito a dimensão das implicações sociais, políticas, geográficas, dos comportamentos de risco, e ressaltando, dentre outros aspectos, o dever do cidadão de gerir sua saúde evitando riscos e reduzindo sua vulnerabilidade.

Contudo, ao mesmo tempo em que a PNPS acentua a importância da autonomia e a corresponsabilização individual e coletiva, fortalecendo a relevância da participação social⁵, se configura também como uma estratégia de regulação e controle da população, através da articulação entre ações individuais e coletivas, construindo demandas de atendimento que, muitas vezes, produzem fragilidades, vulnerabilidades e desresponsabilização, ainda que a política tenha como objetivo reduzi-las^{8,9}.

Pettengill e Ângelo¹⁰ relatam que o significado de “vulnerabilidade” é definido por famílias classificadas em tal circunstância como uma “ameaça à autonomia”, que é exercida sob a pressão da doença, da própria família e da equipe. Os conflitos entre equipe e família, caracterizados pela falta de diálogo e pela percepção da família de que está sendo inferiorizada e afastada do processo e das tomadas de decisão, ou ainda desrespeitada, constituem um contexto de intensificação da vulnerabilidade da família, que se percebe ameaçada em sua autonomia.

Como afirma Méndez⁹, por meio da própria noção de vulnerabilidade, muitas vezes produzem-se sujeitos fragilizados, na medida em que são tomados como objetos de intervenção de uma política que os classifica como frágeis. Para o autor, muito mais do que um jogo de palavras, a construção e a classificação do sujeito como frágil, realizada através da noção de vulnerabilidade, produz efeitos reais. Assim, determinados usos da noção de vulnerabilidade tem como efeito a produção da própria vulnerabilidade, por meio de práticas de identificação e classificação que as define como frágeis e incapazes. Para Ayres, Mello e Souza¹¹, a despeito do desenvolvimento de estratégias de redução de vulnerabilidades pelo governo, determinadas práticas parecem ainda estar produzindo ou deixando de reduzir vulnerabilidades.

Nesse sentido, uma aproximação ao modo como profissionais atuantes nas políticas e serviços

de Saúde Pública percebem e produzem estratégias de promoção da saúde e redução de vulnerabilidades nos parece fundamental para a reflexão e constante construção de práticas de Promoção da Saúde no Brasil.

Neste estudo pretende-se apresentar percepções de profissionais da Saúde Pública acerca da vulnerabilidade. Enfocamos trabalhadores, que atuam na zona norte da cidade de São Paulo, mais especificamente na região da Freguesia do Ó / Brasilândia, local ao qual são atribuídos altos índices de vulnerabilidade¹², buscando compreender o modo como esses reconhecem pessoas e situações de vulnerabilidade e o modo como concebem suas estratégias de promoção da saúde e redução de vulnerabilidades. Esse território também foi escolhido em função da parceria da PUC-SP com o território sanitário aqui estudado, estabelecida desde 2008, como parte do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAÚDE), convênio com o Ministério da Saúde, que visa promover a integração ensino-serviço.

Método

O presente estudo é componente de uma pesquisa de doutorado cujo objetivo é analisar a emergência da noção de vulnerabilidade nas políticas de saúde pública no Brasil e seus usos nos contextos dos serviços de saúde. Para esta pesquisa foram entrevistados 14 profissionais pertencentes à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, dentre eles “analistas de saúde” responsáveis pelas áreas técnicas de populações específicas, como também profissionais da gestão da Supervisão Técnica de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia, na Zona Norte de São Paulo, dentre eles os “apoioadores institucionais” que assessoram o conjunto dos serviços da rede de saúde desta região em suas demandas de gestão e planejamento e avaliação da assistência. A escolha dos profissionais ocorreu a partir das atribuições definidas pela PNPS⁷, de que as estratégias de promoção da saúde devem ser articuladas a “todos os equipamentos de produção da saúde do território, como a atenção básica, [...] redes prioritárias, dentre outros”, além de indicações dos próprios profissionais entrevistados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais e grupais, com o consentimento dos profissionais envolvidos, durante o ano de 2016,

em torno do modo como a vulnerabilidade é usada para identificar indivíduos, grupos e populações específicas e a resposta oferecida para as situações de vulnerabilidade identificadas. Neste estudo, destacamos três dimensões abordadas pelos profissionais entrevistados, que se referem aos usos e percepções da noção de vulnerabilidade no campo da Saúde Pública.

Resultados

A Coordenação da Atenção Básica estudada possui ao menos 5 áreas técnicas destinadas ao atendimento a populações específicas: 1) área técnica de atenção à saúde da população indígena, 2) área técnica de atenção à saúde da população de rua, com o consultório na rua, 3) área técnica de atenção à saúde da população negra, 4) área técnica de atenção à saúde da população imigrante, 5) área técnica de atenção à saúde da população LGBTTT¹³. Por meio de tal estratégia a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo contempla uma determinação da própria PNPS, que destaca a importância de manter relações com “políticas públicas conquistadas pela população, incluindo aquelas do setor da Saúde”, [tais como] “as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBTTT”⁷.

Cada área técnica é composta por profissionais que atuam produzindo estratégias de atenção à saúde à respectiva população de sua área, junto às Supervisões Técnicas de Saúde de São Paulo, aos próprios serviços, às equipes e aos profissionais de saúde de cada região da capital paulista. Desse modo, é possível às áreas técnicas atuarem de maneira descentralizada, considerando a especificidade de cada serviço e equipe em suas regiões, respeitando suas diversidades e buscando favorecer a “construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social”⁷. Nesse sentido, sua atuação no distrito da Brasilândia depara-se e ocupa-se com os efeitos de embates e conquistas historicamente produzidos.

O distrito da Brasilândia teve início em 1947, a partir do sítio da família de Brasília Simões, que disponibilizou o loteamento da Vila Brasilândia. Ulteriormente o sítio foi vendido para a Empresa

1. Entrevista realizada na Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em de abril de 2016.

Brasilândia de Terrenos e Construções, que explorou a venda de loteamentos durante a segunda metade do século XX. A população que passou a ocupar os loteamentos era proveniente de moradias populares e cortiços localizados no centro da capital paulista, que foram demolidos para a construção e ampliação das avenidas Ipiranga, São João, Duque de Caxias, durante a gestão do prefeito Prestes Maia (1938-1945). Instalaram-se também na Brasilândia os imigrantes portugueses e italianos, assim como os migrantes do interior de diversos estados do país, com destaque para a região nordeste, que procuravam oportunidades de trabalho. Por um lado, a empresa Veja-Sopave teve grande influência na instalação de diversas famílias na Brasilândia, pois oferecia moradia para seus empregados, e por outro, foram atraentes as facilidades de pagamento dos terrenos aos novos moradores da região, já que a doação de tijolos era oferecida para estimular a construção de casas¹⁴. A ocupação da Brasilândia ocorreu nos limites do distrito da Freguesia do Ó, cuja história remonta ao século XVI, com a construção da fazenda do bandeirante português Manoel Preto, em 1580, às margens do rio Tietê. O distrito conserva características do século passado com árvores centenárias e a Igreja de Nossa Senhora do Ó, construída em 1901¹⁴. Em 2010, a população da Freguesia do Ó e da Brasilândia era de 407.245 habitantes, em uma área de 31,5 km². A Brasilândia concentra 264.918 habitantes em uma área de 21km² abrigando 65% da população dos dois distritos¹⁴.

Atuando nesse contexto, os profissionais da Coordenação de Atenção Básica e da Supervisão Técnica da Freguesia do Ó / Brasilândia expressaram suas perspectivas acerca da vulnerabilidade, que puderam ser tematizadas em pelo menos três dimensões: a **visibilidade** que a política trouxe a determinados setores da população, o perigo de sua **estigmatização** como correlato da visibilidade e o território como lócus de produção/reversão das vulnerabilidades.

Visibilidade das populações em situação de vulnerabilidade

Alguns dos analistas em saúde entrevistados atribuíram importância especial para a recente preocupação com questões sociais, traduzida nas políticas de inclusão social, pois passaram a oferecer visibilidade a segmentos antes invisíveis dentro da sociedade. Nessa perspectiva, um dos

entrevistados destaca a diferença em relação à longa história dos hábitos de esconder, por exemplo, os hansenianos, os tuberculosos e as pessoas com sofrimento mental, que estavam relacionados a políticas implementadas nos séculos XIX e XX, como as políticas higienistas, que buscavam retirar da vista aquilo que “fere aos olhos”, que cheira muito mal, que não é fácil de conviver.¹¹

Nesse sentido, as políticas de populações específicas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) se configuram como políticas para a atenção integral a populações vulneráveis, que oferecem atenção integral à saúde da população indígena, da população negra, da população de rua, da população imigrante e da população LGBTT. Visibilizam-se, assim, populações em risco que passam a orientar a atenção em saúde.

Os profissionais da Coordenação da Atenção Básica entrevistados contam que juntamente a cada uma dessas áreas técnicas começou-se a fazer reuniões junto aos setores públicos. Tal estratégia permitiu conhecer e ter noções mais qualificadas de populações consideradas em risco, que posteriormente teriam passado a ser identificadas como populações vulneráveis, na perspectiva de alguns dos analistas em saúde. Nesse sentido, consideram muito importante que os territórios, os distritos e as supervisões técnicas de saúde regionais, produzam visibilidades dos territórios, que tornem visíveis os “pacientes”.

A importância da produção de visibilidades é também sublinhada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁵, que estabelece como competência das Secretarias Municipais de Saúde a implantação e a expansão de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em sua rede de serviços, definindo seu Plano Municipal de Saúde, com objetivos, metas e mecanismo de acompanhamento dessas equipes. Um dos indicadores do Plano Municipal de Saúde de São Paulo¹⁶ para a avaliação e a adequação do número de pessoas cadastradas por equipes de ESF é a “variação periódica do número de consultas e visitas domiciliares ofertadas antes e depois da implantação de equipes de ESF”. O modelo de atenção à saúde na Atenção Básica e especialmente na ESF, com sua estratégia itinerante de visita domiciliar, é capilar e próximo da

II. Entrevista realizada na Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em de abril de 2016.

vida das pessoas, possibilitando que as situações de vulnerabilidade sejam identificadas e possam ser trabalhadas.

Para tanto, a região da Brasilândia dispõe de 10 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), que compõem parte das estratégias de atenção e intervenção em situações de vulnerabilidade. Tal número de equipes de ESF da Brasilândia é cinco vezes maior que a Freguesia do Ó, justamente pela discrepância entre os índices de situações de risco e vulnerabilidade das duas regiões, relatam os trabalhadores entrevistados.

Com relação às 10 unidades da estratégia saúde da família (ESF), os apoiadores institucionais narram que é importante assegurar a formação permanente dos agentes comunitários de saúde e enfermeiros(as) dessas 10 unidades, para que tenham um olhar “diferenciado” sobre as crianças, por exemplo, quando os ACS’s realizam as visitas domiciliares. Então, quando o ACS fizer a visita domiciliar deverá olhar diversos aspectos e fazer perguntas significativas para a família. O intuito, narram os apoiadores, é capacitar os ACS’s para que olhem as crianças e consigam analisar e trazer informações de relevância para sua equipe. Por exemplo, busca-se verificar se a criança com 6 ou 8 meses consegue sustentar o próprio tronco, se a criança não sai do berço, se não tem brinquedos, ou então se a criança de 1 ano permanece em frente à televisão por muito tempo, se há alguma atividade lúdica, ou se fica somente assistindo televisão, ou ainda se fica somente no cercadinho. Os apoiadores afirmam que é isso que buscam, a qualificação do olhar do ACS sobre a criança, para que esse possa trazer essas informações e construir uma intervenção junto à equipe.

Sobre o discurso sobre populações vulneráveis, enunciado nas políticas de saúde, alguns dos analistas em saúde consideram ser uma prática recente. As políticas voltadas para imigrantes, para população LGBTQI+, por exemplo, seriam recentes e significariam um grande avanço, uma vez que viabilizam o conhecimento e a construção dos próprios direitos de cada dos segmentos. Nessa perspectiva, a dignidade desses segmentos seria ainda fortalecida por meio de ações conjuntas e intersetoriais, na articulação entre as secretarias da Saúde, de Assistência e Desenvolvimento Social, de Direitos Humanos e de Educação.

Assim, um dos profissionais ressalta que, diante das demandas que emergem com a imple-

mentação das políticas de atenção integral à saúde de populações específicas, situações começam a “aparecer, [com novas] necessidades, e aí a instituição tem que dar respostas. É uma obrigação da instituição, do poder público. Porém, não se pode incorrer em erros que ocorreram outrora”. Nesse sentido, o profissional cita o exemplo de algumas pessoas que afirmam que a população de rua precisa ser institucionalizada, internada, e ressalta que discorda dessa posição “veementemente”. Em suas palavras ressalta, “primeiro eu acho que tem que resgatar o vínculo familiar e social que esse usuário teve, ou tem. Em algum lugar ele deve ter um link em algum espaço da vida dele. É isso que [deve-se] recuperar”, ressalta o profissional que em seguida indaga: “Porque criaríamos grandes abrigos para esse segmento?”. Nesse sentido, grifa o erro cometido com os leprosários, com os hospitais de tuberculosos, com os manicômios, que ainda continuam, com diversos pacientes que perderam tudo e que estão internados por longo tempo. Ainda que não haja uma fórmula definitiva, existem vários exemplos de que o modelo de internações, manicomial, não atende às necessidades de saúde e desenvolvimento social.

“Quando você começa a ter esse olhar para esse segmento, a cada minuto você descobre uma necessidade”, afirma uma profissional. “E a cada minuto de uma ação, como tem várias relações, até chegar na capilaridade da execução... é difícil o que seria a implantação dessas micropolíticas”. Nesse sentido, destaca-se a importância de cada UBS da cidade de São Paulo cuidar efetivamente de seu território, sabendo de todos os agravos pertencentes a ele, para que, aos poucos, tal estratégia vá institucionalizando pequenas políticas que poderão não só priorizar as populações vulneráveis, mas promover equidade, tratando diferentemente quem é diferente. Isso significa, por exemplo, garantir o direito de uma pessoa ter, no caso da população LGBTQI+, o nome social, a opção de sexo, no momento de fazer seu cartão SUS, ou sua ficha de matrícula na UBS.

Nesse sentido, um apoiador institucional ressalta ainda a importância do preenchimento do quesito raça/cor, desde o preenchimento do cartão do SUS, justificando que o exame de Papanicolau, por exemplo, necessita dessa informação. Para os profissionais, houve um tempo em que isso não era importante, mas determinadas fases foram superadas no campo da saúde e hoje se admite a importância que se pense políticas de saúde para

essa população. Tendo em vista a importância da coleta do quesito raça/cor, os apoiadores destacam a sua insistência com as unidades para que coletem essa informação, porém relatam que já passaram por situações em que o próprio usuário residente na comunidade se sente constrangido de ter que responder à pergunta desse quesito, negando-se a responder ou respondendo de forma ríspida, irritada. O apoiador afirma que o “preconceito existe, porém não é só com relação à raça, mas também porque a pessoa tem baixa renda e é mulher”, por exemplo, configurando aspectos agravantes no acesso dessas pessoas a determinados serviços como o pré-natal. Os apoiadores afirmam que procuram trabalhar nas unidades essa questão, mas encontram dificuldades, entendendo que essa não é uma tarefa fácil de trabalhar. O trabalho fica então focado nos procedimentos das equipes, com relação ao pré-natal, à doença falciforme, dentre outras que precisam dessa atenção. Essa especificidade no olhar e produção de informações técnicas passou a ser assim nos últimos 8 anos, antes não era tão específico, assevera um apoiador.

Nessa visada, os analistas em saúde destacam ainda a necessidade de garantia de direitos e assistência para as populações onde elas estão, mas sem perder a perspectiva de uma reinserção social, com garantia de trabalho e de ocupação. Desse modo, ainda que as Secretarias de Saúde e Assistência e Desenvolvimento Social sejam convocadas a oferecer atenção a populações vulneráveis, entende-se que se essas pessoas tiverem educação, ao trabalho, à cultura e ao esporte, os últimos serviços de que precisarão serão a Saúde e a Assistência, porque é a ausência dos outros setores na complementação de ações que, muitas vezes, acaba por conduzir casos de vulnerabilidade para as políticas de saúde. Como exemplo, um dos analistas cita o alto índice de mortalidade de crianças por diarreia na década de 1980, reduzida drasticamente, quando se iniciaram as políticas de saneamento que regularizaram a construção de redes de esgoto, ou ainda os índices de morte por desnutrição infantil, reduzidos quando os postos passaram a entregar sopa para as gestantes e leite para as crianças. Estas são políticas realizadas em temporadas para diminuir os agravos, mas não seriam necessárias se fosse oferecido o acesso aos demais setores. Nesse caso, a saúde seria o setor acionado somente se os demais não fossem suficientes.

Entretanto, se a visibilidade contempla princípios do SUS, como equidade e universalidade, produz desafios na atuação no campo da saúde. O próprio discurso sobre populações vulneráveis, considerado uma prática recente, é ainda pouco problematizado, e pode produzir efeitos de estigmatização. Sobre essa questão nos deteremos a seguir.

Estigmatização

Alguns profissionais afirmam saber que há um conceito e uma definição de vulnerabilidade, mas percebem que seu uso ocorre de duas maneiras. Primeiro, pode ser usada como uma “coisa” que pode ajudar, contemplando os princípios da equidade e da universalidade do SUS, sendo utilizado para definir prioridades. Mas na segunda maneira, a vulnerabilidade pode ser usada como uma “coisa” que pode estigmatizar. Na perspectiva de alguns profissionais, quando se remetem à área técnica da saúde da população negra, procuram afirmar que essa área existe não porque as pessoas negras têm mais doenças do que as pessoas brancas. Para esses profissionais é importante grifar que pessoas negras não é um povo doente, mas tem questões agravadas por falta de acesso a serviços, e a uma série de outros motivos. Esses profissionais percebem que existem pessoas que pensam que o motivo da existência da área técnica para população negra é que todos os negros são doentes. Nesse sentido, indagam se alguém daria emprego a todo um segmento considerado doente. É preciso então deixar claro que “nem todo negro é vulnerável”, e que quando está vulnerável, não vai permanecer o resto da vida assim. Se as políticas forem efetivas essa pessoa ficará temporariamente vulnerável.

Para alguns analistas técnicos em saúde afro-descendentes em si não são vulneráveis, pois ninguém sairia do berço já vulnerável, ressaltando o aspecto histórico constituinte da população negra, que remonta o tráfico e a escravidão de afro-descendentes, assim como o processo de abolição do escravismo. Para alguns analistas em saúde, os próprios afro-descendentes trazidos da África sabiam artes e tecnologias como o manuseio do ferro, a construção de casas e estradas, a fabricação de telhas, e indagam como é possível chamar essa população de vulnerável. É também um estigma os resquícios da escravidão, e a classificação de alguém ou uma população como vulnerável pode acionar lembranças, resquícios desse período, asseveram os analistas.

Essa questão da vulnerabilidade é profunda. Na população negra, com todas essas questões que foram deixadas pela escravidão, esse rebaixamento permanente, esse estigma. Porque por mais que você saiba que você não é rebaixado, que você não é uma pessoa inferior, mas é difícil todo dia isso. Você ter que provar [isso], [...] é muito difícil. Eu acho que a pior coisa que pode acontecer para uma população é a escravidão, resquícios. Até hoje a pessoa não pode ter um vida normal, não pode. Porque sempre lembra. Então, precisa ser forte e firme, e saber para onde está indo. E não deixar também as pessoas virem e colocarem “a gente” em qualquer saco de gato. Porque às vezes não estão fazendo nem por mal, mas podem prejudicar a autoestima, se é que você me entende. Você ser quase classificado como vulnerável...^{III}

Nesse sentido, esses profissionais ressaltam o perigo de prejudicar não só a autoestima, como o próprio desenvolvimento dessa política, no que diz respeito ao recurso financeiro, para que essa disponha de pessoas capacitadas para trabalhar de forma mais avançada, mais eficiente.

Ressalta-se aqui o perigo de uma analogia estigmatizante para com as populações, que resultaria na conclusão de que se a pessoa é negra, é, portanto, vulnerável, se é imigrante é vulnerável, se é LGBTQTT é vulnerável, se é indígena é vulnerável e se é morador de rua é vulnerável.

Nesse sentido, existem controvérsias entre os profissionais, pois para alguns deles todos os moradores de rua são vulneráveis, mas para outros, não. E o mesmo ocorre com relação aos imigrantes. Com relação à população negra, alguns profissionais ressaltaram que são 4 milhões de pessoas negras na cidade de São Paulo, de tal maneira que se for admitido que todos são vulneráveis, na concepção dos analistas seria preciso criar uma secretaria somente para essa população. Assim, declara-se que até pode ser que grande parte de uma população seja vulnerável, mas não é vulnerável a vida toda. Além disso, pode ocorrer que uma pessoa se torne moradora de rua, e que seja também da população LGBTQTT, ou ainda que seja mulher, precisando ser atendida por políticas para a mulher. Mas, fundamentalmente, o que se busca são políticas que atendam as pessoas quando estas se encontram

em situação de vulnerabilidade, independente da população a que pertencem.

Estes analistas citaram ainda o exemplo da tuberculose e da AIDS no território da Brasilândia, apontando que no distrito a maior taxa de mortalidade por AIDS está na população negra e feminina, sendo que essas mulheres morreram no primeiro ano após o diagnóstico. Percebeu-se que essas mulheres não tiveram acesso precoce ao diagnóstico, e se tiveram não se trataram. O diagnóstico foi feito no hospital porque já estavam desenvolvendo a AIDS, não eram somente portadoras do vírus HIV. O problema constatado, portanto, foi de que as mulheres tiveram problemas no acesso ao diagnóstico. Com relação à tuberculose, também se verificou que a maioria da população que estava morrendo em decorrência da doença era negra. Dessa vez, o problema apontado foi a própria adesão ao tratamento, pois as pessoas até recebiam o diagnóstico, mas não permaneciam no tratamento. Então, o mesmo trabalho que está sendo realizado com relação à AIDS, de identificar quais as regiões que estão com essa dificuldade, será feito também com a tuberculose, a fim de saber como se poderia trabalhar diretamente com essas vigilâncias, uma vez que o órgão responsável por trabalhar com a tuberculose é a Vigilância em Saúde. Então, para alguns analistas em saúde, é necessário conversar com a vigilância para identificar quais são os distritos com maiores problemas em relação à adesão, para desenvolver um trabalho específico. A ideia, afirmam, é retirar a pessoa da situação de vulnerabilidade para que possa disputar com os outros no mercado de trabalho, levando uma vida normal.

Territorialização

Diferentemente da perspectiva em que se toma a população de forma segmentada, a perspectiva da territorialização, entendida pela PNPS como um modo de organização das ações de saúde, viabiliza um modo de pensar a vulnerabilidade de forma ampla e complexa⁷. Entendendo que o “território” é vulnerável, em detrimento da concepção das “populações vulneráveis”, os profissionais ressaltam que alguns programas e projetos, como o “São Paulo Carinhosa”, ocorrem somente em territórios onde se identifica alta vulnerabilidade. Na zona norte, a Brasilândia é identificada como o território de alta vulnerabilidade, segundo os apoiadores, principalmente por estar próxima a regiões onde existem muitas áreas de ocupação.

III. Entrevista realizada com analista em saúde na Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em de abril de 2016.

Para os profissionais, o que diferencia uma área vulnerável de outra são características como a falta de equipes de estratégia saúde da família, ausência de UBS's próximas e de saneamento básico, o acúmulo de agrupamentos de barracos e palafitas, como, por exemplo, nas regiões em que ficam pendurados próximos a córregos. Os profissionais destacam a dificuldade de execução de um projeto de construção de mais duas UBS's nas áreas de ocupação da Brasilândia, enfatizando que não encontram locais adequados nos quais a prefeitura possa construir ou locar um imóvel. Isso ocorre porque para locar um imóvel e adaptar para uma unidade de saúde, é necessário que esse esteja com os impostos quitados e a documentação adequada. Porém, além de não haver terrenos disponíveis, muitos dos imóveis já construídos não têm documentação atualizada, impossibilitando sua locação para posterior adaptação às UBS's. Como exemplo, cita-se uma UBS que foi recentemente estabelecida da região, localizada em uma esquina, perto de um ponto final de ônibus. Esse local é bastante desfavorável, na percepção de alguns apoiadores, pois todos os ônibus que trafegam por essa esquina, passam muito próximo à UBS, produzindo preocupação com relação às crianças. Muitas vezes, as mães entram para sua consulta e as crianças ficam soltas, correndo no espaço da UBS, próximo ao espaço onde os ônibus fazem a curva. Os profissionais narram ter feito pedidos para a alteração do local desse ponto final de ônibus.

Outro aspecto negativo atribuído ao local da Unidade é os dois andares do estabelecimento, que dificultam a acessibilidade. O departamento de acessibilidade da SMS avalia negativamente essa estrutura e não libera o uso do piso superior. Na parte de cima funciona o setor administrativo e embaixo a assistência, contudo somente o piso superior dispõe de espaço para trabalhos com grupos, complexificando o trabalho, já que esse fora o único imóvel encontrado com documentação adequada para poder ser locado.

Segundo um dos apoiadores institucionais, os próprios moradores do território é que procuraram esse local para a construção da UBS. Eles próprios encontraram e tomaram conta do terreno, para que não fosse invadido, haja vista as constantes tentativas, sendo necessário cercar esse local. Trata-se de uma luta coletiva pela construção da UBS, pois os próprios moradores se mobilizaram para encontrar um local para sua construção, já que houve grande

dificuldade por parte das equipes da prefeitura e dos serviços de saúde em encontrar um terreno adequado. “Tudo isso causa uma vulnerabilidade muito grande”, segundo os apoiadores institucionais.

Nesse sentido, esse território vulnerável agrega tais questões relacionadas à infraestrutura, produzidas historicamente pelo modo como se desenvolve, se expande e vem a ser ocupado, exemplificado na inadequação de determinadas instalações do equipamento de saúde. Ainda que a reserva financeira já tenha sido autorizada para isso, há a dificuldade de encontrar e definir os locais adequados para novos serviços. Situações como estas dificultam o acesso dos trabalhadores a essas pessoas, afirmam os apoiadores, assim como o acesso das pessoas aos próprios trabalhadores.

Sobre a dificuldade de acesso às pessoas, os apoiadores citam o exemplo de uma região de ocupação, onde só percebem a possibilidade de acesso junto ao agente comunitário de saúde, que seria alguém residente no local e que os demais moradores conhecem, que sabem que faz parte da equipe da UBS, que sabem que o motivo dessa pessoa se deslocar até lá é a assistência, para “ver a saúde, e é o único modo de acesso ao local”. Os profissionais relatam que os moradores dessa região solicitaram uma reunião com a supervisora técnica de saúde, que atendeu ao pedido, se deslocando até o local junto a um apoiador e um ACS. O pedido da reunião foi realizado pelas pessoas da comunidade, pois tiveram problemas com a UBS mais próxima, e disseram que queriam conversar com a Supervisora.

Há algum tempo, foi solicitada uma autorização à liderança dessa região para que fosse realizado “um dia da saúde”. Sendo autorizada, “a equipe foi até o local e levou vacinas, muitas coisas, a fim de verificar quem ainda não tinha vacina, quem estava gestante, para que então fosse feito o pré-natal”. Porém, há a dificuldade de acessar os locais, pois alguns moradores não permitem. Na perspectiva de um dos apoiadores institucionais, tudo isso dificulta demais a identificação de gestantes, as visitas a recém-nascidos que acabaram de chegar à maternidade.

Diante dessa vulnerabilidade muitas estratégias estão sendo desenvolvidas. Os apoiadores relatam que existem, por exemplo, muitos programas de combate à mortalidade infantil, ainda que as taxas estejam altas. A mortalidade materna também vem sendo crescentemente combatida, mas as mulheres

continuam morrendo com pressão alta, muitas com complicações no parto, como a eclampsia e a pré-eclampsia, que resultam na morte do bebê. Há um alto índice de mortalidade infantil por asfixia e broncoaspiração, ainda que as equipes orientem as mães. Algumas vezes as mães dormem com mais de três pessoas em uma cama de casal, junto ao bebê, ou ainda, dormem e caem em cima do bebê, que morre por asfixia. Os casos de broncoaspiração ocorrem quando a mãe acaba de amamentar e coloca imediatamente o bebê na cama, tendo como efeito a morte por aspiração do conteúdo gástrico pelo pulmão. Para um apoiador institucional, a região tem um alto índice de morte por esses dois motivos, que, por conseguinte, estariam diretamente relacionados a aspectos socioeconômicos e moradia precária. “O motivo [da mortalidade infantil] é acidental, não é intencional”, afirma, é “devido às condições precárias, [...] porque não há lugar adequado para acomodar o bebê”.

Outro problema, também citado pelo apoiador, ocorreu com as pessoas que moravam perto da Serra da Cantareira, pois macacos começaram a invadir as casas, em busca de comida, e passaram a transmitir doenças, a ponto da Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) ser acionada. Desse modo, os profissionais entendem que a cada momento ocorre um novo problema.

Um dos apoiadores institucionais narra o problema da falta de chuva, ocorrido há dois anos, enfatizando que começaram a perceber que a problemática ocorrida no território não era “somente uma questão de chuva, era uma questão de gerenciar as emergências do território”. A falta de chuva estava relacionada à dengue, com acúmulo de água, que estava relacionada ao lixo, que estava relacionada às enchentes, de tal maneira que foi articulado um grupo que envolvia a Defesa Civil e a Educação para pensar projetos que abrangessem tais questões. Todas essas questões permitem conhecer bastante o território e perceber toda a vulnerabilidade que ele tem.

“Então, se é uma comunidade que mora mal, come mal, que não tem lazer, que a educação não está legal, acaba que a saúde também não está legal. Então, eu penso que a vulnerabilidade é do território e ela passa por todas as áreas, não só uma vulnerabilidade na saúde, ela é vulnerabilidade na assistência”.

O apoiador aponta que a Brasilândia é um território “vulnerável com relação à moradia, ao lazer,

é excluída da cultura, [ênfatisando] que tudo isso é vulnerabilidade”. “A gente trabalha em uma área de extrema vulnerabilidade em todos os sentidos [...] inclusive de violência, de saúde, de tudo, é carente de muita coisa”, enfatiza. Tal apoiador, cita ainda os caminhões de lixo que não entram nas vielas, fazendo com que as pessoas tenham que levar o lixo até a rua. Porém, ainda que haja um horário para o caminhão de lixo recolher o lixo em cada localidade, a pessoa que mora na viela não espera esse horário porque não vai deixar o lixo dentro de casa, justamente porque esse atrairá ratos, baratas, etc. Além disso, existem pessoas que moram perto de córregos, e tem sua casa invadida pela água desse córrego toda vez que chove. “Esse é um caso de vulnerabilidade e de saúde”.

Nesse sentido, um dos profissionais percebe que todos lidam com questões que há alguns anos jamais imaginariam que pudessem estar sob sua responsabilidade. A saúde não é mais somente restrita à dinâmica de queixa e conduta, pois se tornou muito mais ampla. Muitas vezes, percebe que não alcança toda essa complexidade e amplitude, porque “todo o território é vulnerável e cada vez mais as pessoas parecem estar dispostas a correr riscos”. Nesse sentido, cita o exemplo de famílias que recentemente foram removidas do rodoanel, por desapropriação, e foram todas para um local na região da Brasilândia que “não tem condições básicas de moradia”.

Discussão

Identificamos desafios e tensionamentos entre as dimensões da visibilidade e da segmentarização, relacionados ao conceito de vulnerabilidade, pois por um lado, a própria PNPS destaca a importância da atuação junto às políticas de populações específicas, mas por outro a segmentação populacional, associada ao uso da noção de vulnerabilidade, pode produzir efeitos de estigmatização para sujeitos identificados em determinadas populações.

A PNPS propõe a todo o campo da Saúde Pública que torne mais visível cada um dos múltiplos e complexos aspectos que constituem o processo saúde-adoecimento, para que desse modo a articulação entre setores possa estimular a construção de políticas específicas, levando em consideração as condições de vulnerabilidade e os riscos, buscando corresponsabilizar todos os setores, para

que a saúde esteja presente em todas as agendas de políticas públicas⁷.

As estratégias de visibilidade visam atender, ainda, aos princípios mais elementares do SUS, de equidade e universalidade, na medida em que têm como escopo fazer ver aqueles que antes eram invisibilizados, recolhidos, trancados, isolados, em hospitais, internatos, asilos, dentre outros, justamente para que hajam políticas adequadas à suas especificidades.

A despeito de toda ideologia que se possa, ou que se queira, atribuir a essas estratégias de atenção à saúde, o que se pode verificar na extremidade, na capilaridade das redes de atenção e poder sobre a vida, se aproxima, em certa medida, daquilo que apontara Foucault em 1976: instrumentos efetivos de formação e de “acúmulo de saber, [...] métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de investigação e de pesquisa, [...] aparelhos de verificação”.¹⁷

No exercício dessa prática de fazer ver, muitos desafios e tensões aparecem no cotidiano dos apoiadores. Uma delas é a questão das discriminações raciais e racistas, de gênero, de condição socioeconômica. Nas narrativas dos apoiadores, existem diversas referências a situações que produzem incômodos como o cheiro e a aparência das pessoas, percebidos, por exemplo, no constrangimento e na irritação no momento de responder aos critérios de raça/cor. Percebemos que ainda que não haja interações nos estabelecimentos que separam e isolam os indesejáveis, modos de se relacionar que separam, discriminam e isolam permanecem presentes. Essa questão é narrada pelos apoiadores, como uma tarefa muito difícil de ser trabalhada com as equipes, devendo ser constantemente empreendida.

Corbin¹⁸ observa que em Paris, desde o século XIX, os sentidos passaram a ser intensivamente utilizados na construção de imagens e percepções do outro, dando forma e contorno ao imaginário social. Muitas das maneiras pelas quais se passou a representar o outro se devem ao sentido da olfação, tanto quanto da visão. A medicina desse período utilizava o olfato para designar e identificar perigos como a fermentação dos alimentos, os confrontos entre pessoas, que, nessa concepção, cheiram mal. Os processos e critérios de distinção social, entre burguesia e pobreza, baseados nos odores e desodorizações são fundamentais para entender a sociedade francesa do século XIX, para esse historiador. No contexto brasileiro, esse critério de

distinção social também parece se fazer presente, se conservando e se atualizando em situações singulares. Essa política cognitivo-afetiva, baseada no uso dos sentidos como critério de distinção social, parece se conservar por reiterações culturais, políticas, geográficas descentralizadas, capilarizadas, presentes no cotidiano da maioria dos brasileiros, inclusive dos usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, que percebem a dificuldade de produzir alterações nesse modo das pessoas se relacionarem consigo mesmas e com os outros.

Por um lado, produzir estratégias de atenção a populações específicas pode fortalecer segmentos historicamente desfavorecidos, garantindo seus direitos e acessos, junto a movimentos sociais e políticas específicas de cada segmento; mas por outro, tomar tais populações específicas como vulneráveis pode designar condições e lugares aos sujeitos, que os estigmatiza e os afasta de certas possibilidades.

Está posto, é uma prioridade, ninguém contesta na política, mas na prática é complicado, é complexo. Porque na prática é mais simples fazer curativos, cada um sabe como deve fazer um curativo específico para um determinado sintoma, dor, doença etc. Mas a vulnerabilidade envolve a subjetividade.¹⁹

Fineman e Grear¹⁹ ressaltam que muitas vezes a resposta política e legal para as designadas populações vulneráveis é vigilância e regulação, e em alguns casos estigmatizante, como no caso de jovens considerados em/de risco, mães que precisam de assistências, ou ainda daqueles considerados prioridades, como idosos, crianças, gestantes, pessoas com deficiência, dentre outros. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade nelas percebida as marca como menores, inábeis, incapazes ou desviantes, sendo que as populações vulneráveis geralmente incluem minorias étnicas e raciais, pobres urbanos e rurais, imigrantes sem documentação, pessoas sem comprovação de residência fixa, pessoas com deficiências e doenças múltiplas e crônicas. Para Fineman e Grear¹⁹, a concepção de que a condição de vulnerabilidade pertence a certas populações, pode produzir efeitos perigosos, pois ao definir uma população baseando-se em uma ou mais características comuns, mascara-se diferenças significantes entre os indivíduos, principalmente quando essas

IV. Entrevista realizada com apoiador institucional na Supervisão Técnica de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia de São Paulo, em de agosto de 2016.

características são de grupos identitários definidos por crivos como raça, gênero, nacionalidade ou situação socioeconômica. Por outro lado, afirmar que determinadas populações possuem diferenças significantes com relação à população geral, pode obscurecer justamente as similaridades entre os membros da população específica e a população geral. Esses tipos de agrupamentos seriam sub e sobre inclusivos. Além disso, tal segmentação pode ainda produzir a ideia de que alguns de nós não somos vulneráveis, uma vez que a fabricação de vulneráveis produz concomitantemente o seu oposto também.

No que diz respeito à territorialização, esta é prevista pela PNPS⁷ como uma diretriz da política que propõe a descentralização das ações e dos serviços de saúde, organizando uma Rede de Atenção à Saúde, promovendo articulações intrasetoriais e intersetoriais com equipamentos sociais do próprio território e de outras regiões. Nessa perspectiva, levam-se em consideração as singularidades locorregionais do território, articulando os diversos serviços e políticas presentes em cada um deles⁷.

A precariedade das condições de vida na Brasilândia produz a concepção de que esse é um território vulnerável na perspectiva dos profissionais. A diversidade de fatores que podem colocar em risco a saúde e a própria vida dos moradores desse distrito parece se multiplicar em uma cadeia de acontecimentos climáticos, geográficos, sociais, políticos e econômicos. Porém uma característica do território parece se conservar, silenciosa, muitas vezes sutil, ainda que seus efeitos produzam incômodo e indignação. Pessoas continuam a ser expulsas do lugar em que viviam, mudando-se em seguida para a Brasilândia, em grande parte, devido a projetos de desenvolvimento imobiliário, urbano e industrial do município e do estado de São Paulo.

Sobre tal questão, é possível retomar a observação de Foucault²⁰ de que depois do século XVIII, na Europa, a arquitetura passou a se envolver em problemas de população, saúde e outras questões urbanas, tomando para si a disposição do espaço urbano como uma questão de economia e política. Se até o final do século XVIII as construções respondiam à necessidade de manifestar a divindade, a força, o poder, nos séculos procedentes a arquitetura passou a ser pensada e desenvolvida como resposta a exigências de manutenção da ordem e do progresso, de modo a evitar revoltas, epidemias, favorecendo uma vida familiar e moral. Essa ra-

cionalidade se manifesta na história da Brasilândia, que foi se constituindo como o local para onde foram aqueles inadequados a certas normativas urbanas, seja por ocuparem locais considerados impróprios, seja por não se adequarem ao modo de vida empreendido pelo planejamento urbano da capital paulista. As cidades modernas surgiram de concentrações sociais e geográficas, bem como pela busca capitalista por encontrar esferas rentáveis para a produção e absorção de capital, que poderá ser extraído de algum lugar ou de alguém. Desse modo, a expansão e o desenvolvimento urbano, assim como a especulação imobiliária, permitem o uso mais lucrativo do solo, por meio da desapropriação daqueles que não podem comprovar sua residência, e que precisarão buscar outro local para se recompor²¹. Esse modo de vida urbano produz ativamente a precariedade da vida na Brasilândia, constituindo uma territorialização do que se entende por vulnerabilidade, concretizada na figura de um “território vulnerável” recorrentemente apontado pelos profissionais das políticas e serviços de saúde pública.

Assim, por meio das categorias de visibilidade, estigmatização e territorialização, verificam-se algumas práticas que se conjugam aos focos de interesse do sistema capitalista, apontados por Foucault, dentre os quais se destacam os “mecanismos de exclusão, [a] aparelhagem da vigilância e [a] medicalização da sexualidade, da loucura e da delinquência”¹⁷.

Conclusão

Os gestores e analistas de saúde entrevistados nos apresentaram algumas das perspectivas pelas quais a noção de vulnerabilidade é percebida e adotada em suas práticas. Se ela é uma “prioridade incontestável na política”, na prática é bem mais complexa. De fato, uma tensão foi explicitada pelos profissionais: a do risco da visibilidade dos segmentos de população com vulnerabilidades – condição para a integralidade e equidade- produzir efeitos de estigmatização, quando a vulnerabilidade é tratada como índices de risco, traço identitário de setores da população, via de regra associado aos riscos que tais traços colocam. Nesta perspectiva, a noção de vulnerabilidade pode ser utilizada como justificativa para o Estado intervir de forma repressiva em diversos grupos considerados fragilizados, na medida em que possibilitam a manutenção e per-

manência das intervenções sobre os indivíduos que passaram a ter alguma de suas práticas consideradas de risco, como ocorre com os usuários de drogas e a população em situação de rua²².

Já a perspectiva do olhar para o território pode contribuir para evitar essa armadilha da visibilidade-estigmatização, uma vez que propõe uma prática de assistência à saúde mais complexa e longitudinal, como a que se explicita no conceito de clínica ampliada²³. Tal conceito, quando pensamos em termos de vulnerabilidade, pode viabilizar uma abertura para ações intersetoriais e formação de redes de atenção que integrem a área da saúde com outras áreas relacionadas à saúde do sujeito. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que pressupõe a criação de estratégias que promovam o acesso universal à saúde - e de integralidade - que afirma que essas estratégias levem em consideração a complexidade dos territórios existenciais dos usuários -, as tecnologias de *trabalho itinerante*, como a da ESF, passaram a ter uma relevância estratégica especial²⁴. Diversas tecnologias de cuidado têm sido implementadas utilizando o deslocamento nos territórios de vida dos usuários. Em dois sentidos: o primeiro, com o objetivo de cobrir uma maior extensão territorial, para - na lógica de busca ativa - alcançar grupos e pessoas de difícil acesso e em situação de vida precarizada; e o segundo, com o propósito de construir a intensividade e a singularização das ações, incluindo populações tradicionalmente refratárias às ações de saúde.

Deste modo, ao apontar para a articulação entre território e vulnerabilidade, busca-se, como na perspectiva apontada por Ayres²⁵, ir além da dimensão individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais assim quanto à disponibilidade ou à carência de recursos destinados à proteção das pessoas. Ao mesmo tempo, tal apontamento permite entrever os processos de produção ativa da precariedade de determinados modos de existência, inconformes às condutas e padrões de vida urbana capitalista, processos que são por sua vez explicitados reiteradamente nas narrativas dos profissionais entrevistados.

Desta forma, a noção de vulnerabilidade, em constante (re)construção no campo da saúde pública, coloca-se, como sugere Sánchez e Bertolozzi²⁶ “como potencial instrumento para a transformação das práticas de saúde”. Porém, como afirma Foucault²⁷, nada é bom em si mesmo, nem somente

ruim, mas tudo é muito perigoso. Perigoso não significa o mesmo que ruim, mas indica que sempre há algo a ser feito. Por isso, é importante que as estratégias de atenção à saúde das pessoas, principalmente pelos perigos da estigmatização, sejam trabalhadas de modo a viabilizar a participação ativa da população na análise e no equacionamento de problemas e de necessidades de saúde. Afinal, aproximar-se dos territórios e das singularidades dos modos de vida é parte do processo de abertura para a diferença e um caminho para a desconstrução do olhar estigmatizante e colonizador²⁸, além de uma possibilidade de interrogar os modos pelos quais as práticas de saúde vêm tencionando ou operando mecanismos de exclusão, de vigilância e de medicalização.

Referências bibliográficas

1. Ayres JRCM, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Ayres JRCM, Paiva V, Buchalla C M, editors. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-22.
2. Mann J, Tarantola DJM, Netter W. *AIDS in the World*. 1th ed. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1992.
3. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001 [acesso em: 22 set. 2016]; 6(1): [10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005.
4. Rose N. *The Politics of Life Itself*. *Theory Culture & Society*. 2001 [acesso em 28 out. 2016]; 18(6): [30 p.]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/247948450>.
5. Ferreira Neto JL, Kind L. Promoção da Saúde: uma discussão teórico-metodológica a partir de Foucault. In: Lima EA, Ferreira Neto JL, Aragon LE. *Subjetividade Contemporânea: desafios teóricos e metodológicos*. Curitiba: CRV, 2010. p. 43-59.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. [acessado em 2016 jun 22] Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/declaracoes_internacionais.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. [acessado em 2016 jun 12]. Disponível em: http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps-2015_final.pdf
8. Tedesco S, Liberman F. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? *Mundo da Saúde*. 2008 [acesso em: 22 out. 2016]; 32 (2): [10 p.]. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/59/254a260.pdf.

9. Méndez EG. La privacion de libertad como forma de “proteccion” de la infância: um caso paradigmatico de construccion judicial de vulnerabilidad. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. 2014 [acesso em: 12 set. 2016]; 22(109): [10 p.]. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/83655>.
10. Pettengill MAM, Angelo M. Vulnerabilidade da Família: Desenvolvimento do Conceito. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 [acesso em: 12 jun. 2016]; 13 (6): [9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a10.pdf>.
11. Ayres JRCM, Mello DF, Souza SNDH. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. *Cad. Saúde Pública*. 2013 [acesso em: 12 set. 2016]; 29 (6): [9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a15v29n6.pdf>.
12. SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice de Vulnerabilidade Juvenil por distritos do Município de São Paulo. 2010. [Acessado em 2016 jul. 26]. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/ivj/index.php?tip=map&mapa=10>
13. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. [Acessado em: 2016 set. 26]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936
14. Prefeitura de São Paulo. Coordenação das subprefeituras. [Acessado em: 2016 set. 20]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/freguesia_brasilandia/historico/index.php?p=142
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. [Acessado em: 2016 ago 18]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
16. Prefeitura de São Paulo. Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2014- 2017. [Acessado em 2016 set. 25]. Disponível em: http://prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Plano_Municipal_de_Saude_Anexo.pdf
17. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. p. 21-36.
18. Vidal L. Alain Corbin o prazer do historiador. *Rev. Bras. Hist.* 2005; 25(49): 11-31.
19. Fineman MA, Grear A. *Vulnerability: Reflections on a New Ethical Foundation for Law and Politics*. London, England: Achgate Publishing, 2013.
20. Foucault M. Espace, savoir et pouvoir, entretien avec Paul Rabinow. In: Foucault M. *Dits et écrits vol. II*. Paris, France: Gallimard, 2001, p. 1089-104.
21. Harvey D. *Cidades Rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana*. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
22. Rosa PO. *Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos [tese]*. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2012.
23. Lemke RA, Silva RAN. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis*. 2011; 21(3): 979-1004.
24. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. Aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(1): 983-95.
25. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, editores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
26. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(2): 319-24.
27. Foucault M. Sobre a genealogia da ética: um panorama do trabalho em curso. In: Dreyfus H, Rabinow P. *Michel Foucault: Uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
28. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(7): 1497-504.