

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ÉRICO FRANCISCO VIEIRA IBIAPINA**

**TERRITÓRIO E ACESSO EM SAÚDE: A POLÍTICA PÚBLICA COMO  
TECNOLOGIA DE SEGURANÇA E GOVERNAMENTALIDADE**

**CAMPO GRANDE – MS  
2016**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ÉRICO FRANCISCO VIEIRA IBIAPINA**

**TERRITÓRIO E ACESSO EM SAÚDE: A POLÍTICA PÚBLICA COMO  
TECNOLOGIA DE SEGURANÇA E GOVERNAMENTALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa Pós- Graduação – Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anita Guazzelli Bernardes.

**CAMPO GRANDE – MS  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

I12t Ibiapina, Érico Francisco Vieira  
Território e acesso em saúde: a política pública como tecnologia de  
segurança e governamentalidade / Érico Francisco Vieira Ibiapina;  
orientadora Anita Guazzelli Bernardes.-- 2016.  
125 f.

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2016.

1. Política de saúde 2. Acesso aos serviços de saúde 3. Saúde –  
Política governamental I. Bernardes, Anita Guarzzelli II. Título

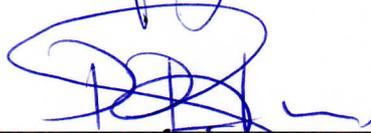
CDD – 155.916

A dissertação apresentada por **ÉRICO FRANCISCO VIEIRA IBIAPINA**, intitulada **“TERRITÓRIO E ACESSO EM SAÚDE: A POLÍTICA PÚBLICA COMO TECNOLOGIA DE SEGURANÇA E GOVERNAMENTALIDADE”**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi... *aprovada*.....

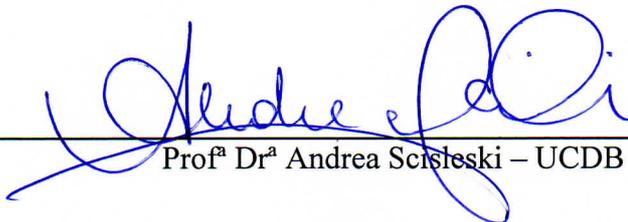
### BANCA EXAMINADORA



\_\_\_\_\_  
Profª. Dra. Anita Guazzelli Bernardes- UCDB (orientadora)



\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Pedro Paulo Gastalho de Bicalho – UFRJ



\_\_\_\_\_  
Profª Drª Andrea Scisleski – UCDB



\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Márcio Luís Costa - UCDB

Campo Grande-MS, 10 de março de 2017.

*O Homem Sábio vê na consciência cósmica o começo, a continuidade e o fim da árvore da vida eterna. Yogananda & Kriyananda, 2007 – A essência de Bhagavad Gita.*

## Sumário

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>6</b>
<b>Lista de Siglas .....</b>	<b>8</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>9</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
Provocações de um pensamento .....	10
O Mapa da Saúde como gatilho .....	18
<b>Primeiro Ensaio-O mapa da saúde: implicações sobre a territorialização e acesso</b>	<b>22</b>
Noção de território e dispositivo .....	24
Mapeamento e o Sistema de Informação Geográfica.....	29
Territorialização, agenciamento e Políticas Públicas .....	34
Território, circulação e segurança .....	40
E para não acabar.....	50
<b>Segundo Ensaio - Territorialização e Mapeamento no campo da Atenção Básica</b>	<b>52</b>
Políticas Públicas de Saúde e o Plano de Regionalização .....	58
Regiões de Saúde e o dispositivo de segurança.....	66
Acesso, Territorialidade e Atenção Básica.....	68
Território-Moradia: a migração da clínica para o espaço doméstico .....	75
Ainda outras implicações... ..	81
<b>Terceiro Ensaio - Vigiar e assistir: o território na atenção básica e a racionalização do aleatório.....</b>	<b>83</b>
Vigilância e assistência na Atenção Básica.....	88
Demanda de acesso e regulação do aleatório .....	97
A espacialização dos acontecimentos da vida: localização do aleatório .....	102
Trajetória do cuidado e outras modalidades de subjetivação .....	107
<b>Desdobramentos .....</b>	<b>111</b>
<b>Referências .....</b>	<b>114</b>

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, a espiritualidade e aos meus mentores pelo auxílio e sabedoria neste caminho percorrido, que por intuição, guiaram encontros com pessoas com afinidades, desejos e intenções de vida semelhantes nesta realização.

Gratidão aos encontros e ao amor que o mestrado me proporcionou.

Gratidão à minha orientadora Anita Guazzelli Bernardes, por ser fonte de inspiração que tornou muito agradável vivenciar o mestrado e que modificou o meu modo de orientar o pensamento; agradeço as ricas sugestões de leitura, a orientação muito sábia e sobretudo a humildade, simplicidade e gentileza que tornam nossos encontros um aprendizado não só para pesquisa, mas para a vida.

Agradeço aos professores Pedro Paulo Bicalho, Andrea Scisleski e Márcio Luís Costa pela participação na banca de defesa, pela leitura cuidadosa e contribuições de grande valia para o aperfeiçoamento do trabalho.

Obrigado à minha família, principalmente minha Mãe Rosa Vieira e Pai Francisco Ibiapina pelo apoio incondicional em todos os momentos do mestrado. Gratidão às crianças da família, meu afilhado Fernando Filho e sobrinho Ângelo Ibiapina, por trazerem mais luz para nossa vida.

Gratidão aos meus compadres Fernando Ibiapina e Karol Chantal, pela confiança e amizade construída em nosso vínculo de coração e espírito.

Obrigado aos amigos do mestrado que tiveram um toque especial em cada linha escrita nesta dissertação, os abraços, encontros, conversas, o compartilhamento de almas que desperta a essência da vida.

Obrigado à minha grande amiga do coração Adriana Garritano, à sua gratidão e sincera crítica, à receptividade de encontros, os incontáveis sorrisos que pudemos compartilhar, obrigado por todo aprendizado, reciprocidade e por tornar a amizade um pedacinho do céu.

Agradeço à minha mãe de coração Ana Maria, por suas palavras de apoio e carinho que me auxiliaram na vida e no mestrado, pela simplicidade e humildade tão bem forjadas no espírito, por seu acolhimento de coração e alma. Obrigado por me fazer sentir o aconchego de uma casa mesmo estando longe de pessoas queridas da família.

A minha grande amiga Mirian Suzuki, pelos cafés sempre inspiradores, regados a música, meditação e Yoga. Grato por toda uma vida por ter me apresentado a prática de união com Deus.

Obrigado a Cristina Lopez por me fazer compreender cada vez mais um pouco do que é amar e por ter me recebido sempre com tanto amor. Gratidão ao Professor Marco e a todos do Instituto de Yoga, por todas as vivências nas aulas e a troca de energia que me inspiraram muito na caminhada da dissertação.

Gratidão ao amigo Mateus Garcia pelas conversas de bar de onde saíram muitas inspirações, por seu apoio, reciprocidade e confiança.

Agradeço aos colegas de laboratório Cláudia Dourado e Jeferson Taborda, por todos os momentos de discussões e leituras sugeridas que foram de grande valia para a pesquisa.

Gratidão ao “trio autista”, Jeane, Raquel e Ana Maria, pelos momentos de gargalhadas e descontração nos corredores da universidade.

Obrigado a meus cachorros que sempre foram fonte de alegria. Agradeço aos momentos de distração com a Nina que por vezes quis roubar minhas canetas, comer meus livros e fechar meu notebook na hora da pesquisa.

Agradeço a CAPES que financiou minha pesquisa de mestrado acadêmico e agradeço a UCDB por ter sido minha segunda casa nestes últimos dois anos e a todas as experiências que pude vivenciar nessa universidade.

**LISTA DE SIGLAS**

SUS – Sistema Único de Saúde

SIG – Sistema de Informação Geográfica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ACE – Agente de Combate às Endemias

AB – Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

LOS- Lei Orgânica de Saúde

NOAS- Norma Operacional Básica de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PSF-Programa de Saúde da Família

PNPS-Política Nacional de Promoção da Saúde

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

## Resumo

Esta dissertação de mestrado é constituída pelo encadeamento entre três ensaios que problematizam Políticas Públicas de Saúde. O objetivo é colocar em análise a relação que se tece entre território e acesso em saúde a partir das Políticas Públicas enquanto tecnologia de regulação populacional. A análise fundamenta-se na perspectiva epistemológica pós-estruturalista da Psicologia Social, abrangendo os campos analíticos de Foucault e Deleuze e Guattari. Focaliza-se como materialidades constituintes do campo social da pesquisa, as Políticas Públicas de Saúde mediante leis, portarias e normas operacionais. As materialidades foram colocadas em análise seguindo uma perspectiva genealógica e orientou-se a partir dos procedimentos: seleção, leitura e análise de arquivo. O primeiro ensaio problematiza a emergência de uma Política de mapeamento por geoprocessamento no campo da Saúde para pensar a relação que se tece entre território e acesso em saúde. O segundo ensaio contextualizou-se como problema a racionalidade que opera o processo de territorialização no campo da atenção básica a partir de tecnologias de mapeamento. O terceiro ensaio objetivou-se problematizar como a partir do processo de territorialização na atenção básica, o território torna-se um híbrido onde se articulam tecnologias da vigilância com tecnologias da assistência produzindo condições de possibilidade para visibilidade de outros elementos neste processo. Assim, a análise centra-se no modo como as Políticas engendram práticas de poder atuais e como possibilitam a emergência de formas de subjetivação e novas ontologias como parte de um problema do presente.

Palavras-chave: Política Pública; Governamentalidade; Dispositivo de segurança;

Território; Acesso

## Introdução

### Provocações de um pensamento

“Logo depois que o sol desapareceu, aquela praça ali no centro da cidade teve um minuto de esquisita beleza. As lâmpadas estavam ainda apagadas. Os anúncios de gás neon riscavam de couriscos coloridos as capotas dos automóveis parados junto da calçada. Quem olhasse para o lado do poente veria – silhuetas de casas, torreões, cúpulas, postes, cabos e armações de aço – uma escura massa arroxeadada contra o gelo verde do horizonte. Sons de buzinas distantes e de raras vozes humanas subiam amortecidas na atmosfera de paina. Tinha-se a impressão de que os passantes esqueciam seus cuidados e propósitos, compreendiam que naquele instante eram apenas elementos dum quadro. Moviam-se sem pressa, numa calma silenciosa: andavam de leve, como que flutuando no ar. Mas a cena durou apenas um rápido minuto. Acenderam-se os combustores, e de repente algo de inesperado aconteceu”. (Veríssimo, 1943, p. 08)

O movimento de pesquisar assim como no romance de Veríssimo (1943) se desenha a partir de um olhar para a realidade. O tom homogêneo da paisagem logo toma ares discerníveis, os detalhes que pareciam imóveis e naturais gritam por trás de uma maquiagem como os sons de buzinas distantes e de raras vozes humanas que sobem amortecidas. Algumas outras texturas do homogêneo, ao cruzar os sentidos, ganham outros tons, o que parecia consistente como elementos de um quadro, desliza sobre os dedos como um movimento fulgurante. Logo que o sol desapareceu e as lâmpadas ainda apagadas, os elementos do quadro mostraram sua esquisita beleza que nos interstícios de sua proveniência se ‘escondia’ escura e cinzenta contra o gelo verde do horizonte. Porém, num momento de calma, um falatório, todos aqueles que pareciam estar flutuando no ar como numa calmaria espessa e penumbrante, acendem os combustores e de repente um acontecimento!

A pesquisa genealógica acontece como um romance que se encadeia a partir de

uma provocação, um acontecimento que conecta vários elementos no conjunto da trama. No lugar de personagens, temos conceitos que funcionam como operadores e auxiliam na construção do problema de pesquisa. As materialidades inscritas em campos de enunciação e visibilidade configuram o cenário e são problematizadas a partir de uma perspectiva teórica como ótica para focalizar o campo social. Para Dias (1995, p. 17), “Em filosofia é como num romance: deve-se perguntar o que vai acontecer? O que é que se passou? Só que os personagens são conceitos, as paisagens espaços-tempos”.

Esta dissertação faz parte de um movimento de problematizações fundamentado em uma base epistêmica pós-estruturalista, principalmente sobre os campos analíticos de Foucault, Deleuze e Guattari. Esses autores oferecem ferramentas teórico metodológicas como intercessoras para pensar o campo investigativo da Psicologia Social, tais como: governamentalidade, territorialização e subjetivação. O objetivo é fundamentalmente colocar em análise a relação que se tece entre território e acesso em saúde a partir das Políticas Públicas enquanto tecnologias de regulação populacional. Como objetivo específico pretende-se produzir grades de inteligibilidade para pensar a produção no plano da subjetividade de um domínio da realidade – a relação entre território e acesso na saúde.

As grades de inteligibilidade são as formas de produção de um domínio de realidade, ou seja, aquilo que torna possível certos eventos serem falados e vistos. Esses eventos, quando produzidos por grades de inteligibilidade tornam-se materialidades que constituem uma realidade. Neste sentido, entende-se que colocar em análise um domínio da realidade a partir de uma grade de inteligibilidade implica poder esboçar as condições mediante as quais torna-se possível pensar esta realidade a partir de outro crivo. A pesquisa como um processo de problematização da atualidade pretende então orientar o pensamento para pensar a produção da subjetividade em um domínio

específico da realidade.

Essa pesquisa trata-se de uma proposta genealógica, pois focaliza as relações entre poder e verdade que se tecem entre o Estado e a sociedade a partir das Políticas Públicas. Para tanto, focaliza-se como materialidades constituintes do campo social da pesquisa, as Políticas Públicas de Saúde mediante leis, portarias e normas operacionais. Chama-se de materialidade nesta pesquisa, alguns elementos/eventos que compõe o arranjo técnico-operacional e normativo das Políticas de Saúde, o que inclui também o Mapa da Saúde. Como proposta metodológica, essas materialidades foram colocadas em análise seguindo os procedimentos: seleção, leitura e análise de arquivo (Foucault, 2000).

A composição da problemática de pesquisa demarca o movimento de um pensamento, uma estratégia de interrogar a atualidade na forma de um problema (Cardoso, 1995). A noção de acontecimento para Foucault demarca a formulação de um problema que ressoa um movimento de pensamento e que busca formas de questionar a atualidade e desatualizar o tempo presente. Na medida em que o presente é problematizado ele se constitui como uma ‘borda do tempo’ que desatualiza o hoje. Para Foucault (1972, pp. 162-163):

A problematização da atualidade como acontecimento constitui-se num certo movimento do pensamento, da crítica, que desatualiza o hoje, o presente, fazendo da atualidade uma borda do tempo que envolve nosso presente, que o domina e que o indica em sua alteridade.

Para Deleuze (1992, p. 113), a tarefa da filosofia é “analisar os agenciamentos, aquilo que Foucault chamava de dispositivos. É preciso não remontar os pontos, mas desemaranhar as linhas (...) Não buscaríamos o eterno, mas a formação do novo, a emergência ou o que Foucault chamou de ‘a atualidade’ ”. Neste sentido, o processo

analítico implica problematizar uma atualidade por meio da apreensão do acontecimento que engendra condições de possibilidade para emergência do novo.

Ademais, no processo de construção do método para se pensar o domínio da realidade “o essencial são os intercessores” (Deleuze, 1992, p. 160). Não se trata, portanto, da aplicabilidade de conceitos filosóficos sobre o campo investigativo da Psicologia Social, mas a possibilidade de operar outras possibilidades de pensamento sobre o seu objeto de estudo.

As Políticas Públicas engendram um jogo de relações possíveis de governo da vida no campo social. Neste sentido, a Política Pública emerge como parte de um problema para pensar os processos de subjetivação no presente. Ademais, a análise não se centra na questão do que é uma Política Pública, mas perpassa a dimensão do como é possível falar e ver uma Política Pública. É justamente o movimento de pensar as Políticas Públicas de Saúde em sua dimensão exterior. Problematizar, a partir do arranjo entre alguns elementos enunciáveis e visíveis, um modo de racionalizar, um modo de produzir uma Política Pública que se inscreve na dimensão do ‘como se torna possível’ enunciar uma Política como resposta a urgências de regulação populacional. De acordo com Foucault (1999, p. 20):

Ao contrário: busco a "problematização", isto é, a elaboração de um domínio de fatos, práticas e pensamentos que me parecem colocar problemas para a política. Por exemplo, não creio que com relação à loucura e às doenças mentais exista qualquer "política" que tenha a solução justa e definitiva. Mas penso que existem na loucura, na alienação e nas perturbações de comportamento razões para que a política seja interrogada.

De acordo com Hillesheim e Bernardes (2015, p. 136) “as políticas sociais são efeitos dos diferentes arranjos de forças que emergem como resposta para aquilo que é

percebido como um problema”. A Política Pública naturaliza-se como uma auto evidência no presente, ou seja, algo que se torna possível a partir da relação que se estabelece entre Estado-População-Governo e que atualiza um conjunto de normatividades como resposta às urgências de governo populacional.

Neste movimento de pensamento, problematiza-se enquanto política as estratégias de regulação da vida no campo social como parte de um jogo de relações de poder que permite dar visibilidade a um domínio da realidade. Não obstante, a Política Pública emerge na pesquisa como elemento de um “Regime de Verificação” (Foucault, 2008), ou seja, é um dos elementos que cria uma racionalidade, uma forma de pensar e avaliar se algo é correto ou não com base em pressupostos que afirmam o que deve ser verdade. A Política Pública, dentro deste lócus analítico, aparece como uma prática que atualiza a relação entre território e acesso à saúde por meio de normatividades.

A Política Pública emerge como um elemento provocativo na medida em que as práticas institucionais são orientadas e regidas por regulamentos jurídicos legais. Neste sentido, a lei aparece não somente como um mero elemento jurídico legal, mas se refere a um campo de discursividade que torna um dos meios possíveis de enunciar uma Política Pública. Para Foucault (1987, p. 90) “o enunciado aparece como um elemento último, indecomponível, suscetível de ser isolado em si mesmo e capaz de entrar em um jogo de relações com outros elementos semelhantes a ele, como um ponto sem superfície, mas que pode ser demarcado em planos de repartição (...) como um grão que aparece na superfície de um tecido de que é o elemento constituinte”. O enunciado é elementar no sentido de que estabelece uma relação de reciprocidade com o discurso. A grade de inteligibilidade é aquilo que permite extrair o enunciado; ou seja, que oferece as condições possíveis para dar visibilidade aos enunciados mediante a análise dos elementos que configuram o discurso como as leis, normativas e Mapas da Saúde. A lei

como uma das materialidades de um discurso assinala, portanto, a visibilidade de uma época e torna possível os modos de enunciação de certo regime de verdade.

O ponto central é a relação de reciprocidade que se estabelece entre o enunciado e o discurso, sendo o enunciado um ponto possível de identificar no tecido do discurso sem que se perca sua singularidade, ao mesmo tempo em que ele somente é possível a partir do próprio discurso que o enuncia. Neste caso, a Política Pública enquanto enunciado permite aproximar elementos discursivos distintos e nessa aproximação um produz efeitos sobre o outro.

Neste sentido, o enunciado permite o próprio regime do discurso, ou seja, estabelece as condições mediante as quais elementos heterogêneos tornam-se avizinados. Focaliza-se, portanto, a produção em termos de efeitos que se tornam possíveis somente na relação de reciprocidade entre o enunciado e o discurso, entre as Políticas Públicas e as normatividades que enunciam. Porém é importante destacar que neste trabalho somente focalizaremos como elementos discursivos: leis, portarias e o Mapa da Saúde enquanto instrumento técnico operacional.

O conceito de dispositivo é uma rede que conecta “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (Foucault, 1984, p. 138). Assim, o dispositivo estabelece um jogo estratégico formado por elementos heterogêneos que abrigam tecnologias tanto disciplinares, quanto jurídico-legais e de segurança. A lei emerge como um elemento do dispositivo assim como as tecnologias disciplinares, ou seja, não é a lei que regula, é um conjunto heterogêneo que tem entre outros elementos um mecanismo jurídico-legal, mas a regulação somente acontece pelo efeito de conjunto do dispositivo. Neste sentido, as três técnicas podem aparecer amalgamadas no dispositivo, no sentido de que o dispositivo regula “estratégias de

relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles” (Foucault, 1934, p. 139).

Especificamente, a noção de dispositivo de segurança para Foucault (2008) aparece como mecanismo essencial da governamentalidade, na medida em que a segurança trabalha com a normalização de uma realidade, ou seja, o objetivo é tornar regulável uma realidade a partir dos elementos que a constituem. Diferente de um mecanismo de normação como o disciplinar, a segurança não arquiteta um meio, ela dirige técnicas políticas para o meio, como forma de tornar regulável um domínio da realidade. A segurança, portanto, trabalha com um campo de possibilidades, um meio de série aberta, enquanto a disciplina trabalha com um meio de séries fechadas em um plano previamente arquitetado onde o foco são as condutas individuais, o esquadramento dos espaços e a disposição de corpos nestes espaços.

Não obstante, problematiza-se enquanto política as estratégias de regulação da vida no campo social como parte de um jogo de forças que atuam sobre a governamentalização do Estado (Foucault, 2008). Foucault (2008) empreende uma análise genealógica sobre a governamentalidade enquanto regime de poder instaurado no século XVIII que tem uma dinâmica específica marcada pelo “conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer de forma específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança” (p.143). Nesta análise, o autor parte do questionamento sobre em que consiste essa nova tecnologia do poder que se apoia e objetiva a noção de população e tem por mecanismo essencial as tecnologias capazes de normalizar uma realidade.

Na análise sobre os dispositivos de segurança, Foucault (2008) problematiza

dois elementos que se tornam chave para o efeito de regulação populacional pelas tecnologias de segurança, são eles: o meio e a circulação. A segurança dirige técnicas políticas sobre o meio onde se faz a circulação. Nesse sentido, o meio pode ser qualquer lugar do espaço mediante o qual é possível circular uma ação. O território, portanto, torna-se um dos elementos que constituem o dispositivo de segurança, pois engendra relações de poder para regulação daquilo que circula no meio.

A lei enquanto tática da governamentalidade pode atuar na instância de um dispositivo de segurança na medida em que por meio do mecanismo jurídico legal atuam-se tecnologias que se apoiam e se justificam na regularidade populacional. Neste sentido, a lei faz parte de um conjunto heterogêneo de tecnologias que regula e apoia-se no conhecimento-intervenção de uma multiplicidade em circulação. De acordo com Foucault (1984, p. 167), “no caso da teoria do governo não se trata de impor uma lei aos homens, mas de dispor as coisas, isto é, utilizar mais táticas do que leis, ou utilizar ao máximo as leis como táticas”. Diferentemente do regime de dinastia, a lei como estratégia de governamentalidade, é disposta em um complexo na relação entre homens e coisas, aparece como um dos elementos que conduzem a uma finalidade específica. Atua, portanto, na formação da composição de um plano de realidade possível que marca a relação entre Estado e sociedade, constituindo parte de um dispositivo onde determinados elementos ganham visibilidade em uma prática refletida de governo e que se remete a uma finalidade.

A partir da análise sobre as Políticas Públicas se torna possível produzir uma superfície de inscrição que permite a flutuação da realidade seguindo uma orientação do pensamento (Dias, 1995) para extrair dela as suas visibilidades. A partir da superfície de inscrição é possível distinguir diferentes tonalidades de um plano de composição que a priori aparece naturalizado como uma superfície lisa e homogênea. Neste sentido, o

pensamento imanente em um plano de composição exerce-se “como operação inventiva na ordem dos problemas, das regras e dos conceitos: o pensamento como criação” (Dias, 1995, p. 19). Assim como, nas palavras de Deleuze (1992, p. 123):

Pensar é, primeiramente, ver e falar, mas com a condição de que o olho não permaneça nas coisas e se eleve até as visibilidades, e de que a linguagem não fique nas palavras ou frases e se eleve até os enunciados.

### **O Mapa da Saúde como gatilho de uma problemática**

Ao analisarmos um mapa, uma pergunta sempre nos intriga: que sentido devemos seguir para chegar ao destino que procuramos? A pergunta que disparou esta dissertação de mestrado foi feita a partir do encontro com a Saúde por meio de um mapa. Pensar o mapa como uma superfície que orienta trajetórias e que representa uma realidade, me suscitou intuições, dúvidas, inquietações que de certa forma foram meus fios condutores para chegar ao problema desta pesquisa. Pensar a forma como um mapa pode representar o espaço é algo intrigante em dois sentidos. Primeiro porque o espaço implica sempre uma superfície geográfica. Segundo porque a representação desta superfície geográfica carrega uma orientação jurídico-política sempre implicada em estratégias de mapeamento. Pensar um Mapa, torna-se ao mesmo tempo fascinante pela engenhosidade do homem ao criar uma superfície mediante a qual orientará trajetórias, mas também se torna intrigante porque orienta uma forma de olhar para a realidade, de seguir determinados fluxos.

Nesta perspectiva, a construção da problemática da dissertação é circunstanciada por meio das condições que possibilitam a emergência de elementos heterogêneos no campo da saúde como o Mapa da Saúde. O problema gatilho que suscitou o movimento de pensamento desta dissertação, foi focalizado a partir das estratégias de mapeamento

como tática que naturaliza a relação entre território e acesso na saúde a partir do avizinhamo entre campos distintos do conhecimento (Geografia, Epidemiologia, Estatística, Saúde).

O objetivo da pesquisa focaliza a desnaturalização de tecnologias de normalização populacional e problematiza a Política Pública como uma tecnologia de segurança e governamentalidade. O processo de desnaturalização de uma tecnologia de regulação populacional implica em uma escolha metodológica de acordo com o fundamento epistêmico pós-estruturalista, que visa a desconstrução do presente mediante um modo de questionamento foucaultiano. Neste sentido, a composição da problemática de pesquisa é orientada a partir do modo como a política pública se torna possível, como ela possibilita a racionalização da população, de que modo ela faz parte de um Regime de Verificação? A naturalização vem do movimento das ciências naturais que possibilita a invenção de uma grade de inteligibilidade para pensar como naturais determinados processos. Neste sentido, a problematização da Política Pública como acontecimento permite pensar a atualização de um domínio específico da realidade (relação território-acesso em saúde) como resposta aquilo que emerge enquanto urgência de governo.

No primeiro ensaio o problema é produzido a partir da relação de reciprocidade que o Mapeamento por georreferenciamento cria entre território e acesso. Não obstante, o Mapa também aparece como um instrumento que orienta trajetórias e regula fluxos na medida em que organiza um plano de composição possível para operar a Política de saúde. Com a problematização do Mapa, foi possível pensar como estratégias de mapeamento em saúde tornam a relação entre acesso e território uma estratégia atual de regulação populacional. Ademais, possibilitou pensar a atenção básica como potencial zona de tensionamento na medida em que se constitui, mediante a Política Pública,

como principal porta de acesso ao sistema de saúde e ordenadora da trajetória do cuidado no sistema de saúde.

O segundo ensaio constitui-se como um desdobramento de problemáticas suscitadas no primeiro ensaio. Neste momento, contextualizou-se como problema a racionalidade que opera o processo de territorialização no campo da atenção básica a partir de tecnologias de mapeamento. Deste modo, problematizou-se as formas como o mapeamento do território na atenção básica torna possível ampliar o acesso e oferecer visibilidade a população domiciliada por meio do território moradia. Este ensaio permitiu pensar como as estratégias de regulação do poder médico toma a relação entre território e acesso na saúde como tática para normalizar e ajustar a conduta da população domiciliada com relação ao processo saúde-adoecimento. Nesse sentido, procurou-se mostrar como a Política Pública torna o território uma potência agenciadora das condições de vida populacional, pois ao mesmo tempo que permite a intervenção sobre o cotidiano da população domiciliada, também possibilita a emergência de um saber sobre a população.

O terceiro ensaio objetiva mostrar como a partir da ampliação do acesso na atenção básica por meio da naturalização do território-moradia enquanto espaço do domicílio, torna-se possível a articulação do território da vigilância com o território de atuação da atenção básica. Nesse sentido, problematiza-se como a naturalização do território permite a regulação dos hábitos da população por meio de um poder médico que se engendra na minúcia do cotidiano das pessoas, caracterizando a Política Pública como uma tecnologia de regulação. Ademais, nesse terceiro ensaio coloca-se em análise como a Política Pública constitui a noção de caso a partir da articulação entre a vigilância de práticas individuais (saúde-adoecimento) por meio do território-moradia enquanto localização e espacialidade do acontecimento (gestão do aleatório). Nessa

esteira ainda emerge a trajetória do cuidado como potência interrogadora do modo de operar estratégias de territorialização na Atenção Básica.

Nesta perspectiva, objetiva-se colocar em análise a relação que se tece entre território e acesso em saúde a partir das Políticas Públicas como objeto para pensar um problema do presente. Nesta perspectiva, é baseada, portanto em uma linha epistemológica pós-estruturalista da psicologia social que a presente proposta de pesquisa pretende traçar uma ontologia do presente (Kastrup, 2007) que visa desconstruir o atual a partir da problematização das condições de emergência de elementos dentro de campos que produzem enunciabilidades, ou seja, que engendram produção de subjetividade. Para Dias (1995, p. 16), “ A ontologia do presente tem em vista para o seu autor detectar no presente, não a parte do ser, mas justamente a do devir, a parte inactual da realidade actual, a parte propriamente importante”. Isso significa pensar sobre o modo como as coisas tornam-se o que são e o que estão em vias de deixar de ser; o modo como aparecem, mas também suas condições de desaparecimento; uma ontologia não mais como essência de um objeto, mas como condição de objetivação e de devir.

A análise, portanto, centra-se no modo como se tornam possíveis novas ontologias baseadas na Política Pública enquanto vetor que produz formas de subjetivação atuais. Para tanto, ressalta-se que cada ensaio possui um foco de problematização específico, mas que cada um é interdependente do outro, ou seja, podem ser pensados de forma articulada.

## **Primeiro Ensaio**

**O mapa da saúde: implicações sobre a territorialização e acesso**

Este primeiro ensaio é construído a partir de discussões sobre Políticas de Saúde e a relação com os vetores território e acesso. O trabalho focaliza uma das materialidades que são tomadas nesse processo de investigação - o Mapa da Saúde (Brasil, 2011). Primeiramente coloca-se em análise como o território emerge como um dos elementos que constituem um dispositivo. A partir deste primeiro contorno, opera-se com a noção de territorialização deleuziana. Por fim, problematizam-se as condições de possibilidade para a emergência do mapeamento georeferenciado na saúde e os efeitos que o Mapa da Saúde produz sobre a circulação e o meio como tecnologia de Segurança. Neste sentido, discute-se como o Mapa permite pensar fenômenos populacionais em termos de estatística georeferenciada produzindo efeitos sobre a regulação da vida no campo social.

Como composição do problema de pesquisa, parte-se da torção das materialidades (leis, portarias, instrumentos técnico-operacionais) por meio das seguintes ferramentas conceituais: Dispositivo de Segurança, Governamentalidade (Foucault, 1976/1978/1984) e Territorialização (Deleuze e Guattari, 1992/1995b/1997). Estas ferramentas nos auxiliam a problematizar um domínio específico da realidade onde materialidades circulam em campos de enunciabilidade e atualizam relações de poder. Neste ensaio, focaliza-se a noção de território enunciada em materialidades como a Constituição Federal (Brasil, 1988), a Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990), o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), o Decreto 7.508 (Brasil, 2011) e o instrumento técnico operacional Mapa da Saúde (Brasil, 2011).

Nesta perspectiva, a problematização das condições de possibilidade de emergência de um instrumento técnico operacional como o Mapa da Saúde (Brasil, 2011) será fio condutor da análise, isto implica suscitar aproximações e dar visibilidade a outros elementos que podem aparecer neste processo. A emergência da tecnologia

Mapa da Saúde, torna-se um acontecimento na medida em que emergem novas possibilidades de se pensar o território no campo da saúde, a circulação populacional e o acesso em termos de estatística georreferenciada. Na presente pesquisa, a torção dos Mapas com auxílio de campos analíticos de base epistêmica pós-estruturalista, nos permite produzir problemas para pensar sobre estratégias atuais que engendram mecanismos de poder nas relações entre Estado e sociedade.

Portanto, para situar a discussão, vamos construir uma superfície de inscrição que nos auxiliará ‘extrair visibilidades’, ou seja, nos ajudará a desatualizar o presente colocando em análise o quê o Mapa da Saúde enuncia sobre a realidade, quais efeitos são produzidos com o Mapa, assim como, suas condições de possibilidade. Para tanto, em um primeiro momento do ensaio vamos discutir sobre como o território pode emergir como um elemento de um dispositivo. Em um segundo momento, vamos discutir sobre o processo de territorialização deleuziano e o Sistema de Informação Geográfica na Saúde. Após esse contorno da problemática, trabalharemos com as ferramentas conceituais de dispositivo de segurança e governamentalidade foucaultiana para contextualizar a problemática. Por fim, outras problemáticas serão circunstanciadas para pensar esse domínio da realidade – a relação entre território e acesso em Saúde.

### **Noção de Território e Dispositivo**

Neste estudo, não se encara como natural a relação entre território, saúde e acesso. Esta relação se torna possível mediante um jogo agonístico entre elementos heterogêneos no campo da saúde. O avizinhamo entre território, acesso e saúde não é meramente arbitrário, mas político, visto que cria condições de possibilidade para o esquadramento dos espaços urbanos e regulação da circulação populacional. Portanto, a operacionalização do mapeamento na Saúde Pública e as noções de território

que as Políticas Públicas de saúde operam são vistos como elementos centrais de discussão do presente ensaio.

Para entendermos as dimensões que um espaço geográfico pode tomar enquanto território, Haesbaert (2004) separa genericamente a noção de território a partir de ‘tipos ideais’ que seriam o funcional e o simbólico. Para o autor (p. 04), “Enquanto ‘tipos ideais’ eles nunca se manifestam em estado puro; ou seja, todo território ‘funcional’ tem sempre alguma carga simbólica (...) e todo território ‘simbólico’ tem sempre algum caráter funcional”. Esta separação é meramente didática, não é tópica. De acordo com a proposta de Haesbaert, o território em seu sentido funcional está relacionado a processos de dominação, recurso e valor de troca; já em sentido simbólico refere-se ao princípio da multiplicidade e a processos de *apropriação* tal como elucidado por Lefebvre (1974). Tanto a dimensão simbólica quanto a funcional se entrelaçam no processo de territorialização do espaço.

O termo *território* está etimologicamente ligado a uma dupla conotação, tanto material quanto simbólica, de acordo com Haesbaert (2004, p. 01), a raiz da palavra *território* “aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror”. A ideia de território, portanto, está enraizada na racionalidade de poder e dominação soberana sobre um espaço geográfico. O espaço geográfico adquire uma dimensão política a partir de um processo de territorialização onde elementos heterogêneos são subsumíveis a categorias homogêneas. Vamos imaginar o espaço geográfico coberto com uma colcha chamada de ordenamento jurídico. Esta jurisdição que cobre o espaço geográfico territorializa-o como Nação tornando homogêneo o primeiro plano de realidade fundamental para o Estado exercer soberania.

O território no regime de dinastia se torna propriamente a extensão do poder de um principado, no qual segundo Foucault (1984, p. 166) o território seria “o elemento fundamental tanto do principado de Maquiavel quanto da soberania jurídica do soberano (...). O território pode ser fértil ou estéril, a população densa ou escassa, seus habitantes ricos ou pobres, ativos ou preguiçosos, mas estes elementos são apenas variáveis com relação ao território”.

No modelo de Estado Nação, a relação do governo com o que habita o território não é de exterioridade como no regime de dinastia, mas o território passa a ser elemento chave na regulação da população, pois é sobre ele e a partir dele que se aplicam e se atualizam um conjunto de tecnologias heterogêneas que fazem conhecer e regular o que habita este território, como o mapeamento. O que está implicado nesta prática governamental é uma espécie de jogo de relações, um complexo entre Estado, população e o território. Não obstante, Foucault (1984, p. 89) afirma que “Território é sem dúvida uma noção geográfica, mas é antes de tudo uma noção jurídico-política: aquilo que é controlado por um certo tipo de poder”.

A noção de dispositivo compreende a articulação entre tecnologias heterogêneas que produzem enquanto efeito de conjunto a regulação. No dispositivo compreendem-se tecnologias heterogêneas que podem ser tanto do âmbito jurídico-legal, quanto disciplinar e de segurança. Essas tecnologias funcionam de forma interdependente; ou seja, não há uma sobreposição de uma à outra, mas funcionam de forma amalgamada. De acordo com Foucault (1994d), o conceito de dispositivo implica uma “rede que conecta um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, formas arquitetônicas, regras e proposições filosóficas e morais”. O território, assim como as normativas (jurídico-legal) podem funcionar como um dos elementos que constituem o dispositivo,

pois produzem enquanto efeito de conjunto as condições mediante as quais se torna possível a regulação de uma população.

Com o desenvolvimento da noção de dispositivo de segurança, não aparece ainda uma noção de meio, mas o modo como técnicas políticas são dirigidas para aquele meio. A segurança, portanto, não vai pré-determinar o meio, arquitetar o espaço, mas dirigir técnicas políticas sobre o meio para fazer regular aquilo que circula sobre o espaço. De acordo com Foucault (2008, p. 25-26), “A disciplina trabalha num espaço vazio, artificial, que vai ser inteiramente construído. Já a segurança vai se apoiar em certo número de dados materiais, ela vai trabalhar com a disposição no espaço, com o escoamento das águas, com a ilha, com o ar”. A segurança atua sobre um meio aberto, sobre a multiplicidade em movimento, não proíbe, mas controla a circulação, dirige técnicas sobre o meio de modo a fazer conhecer a população como um objeto dotado de regularidades.

O conceito de dispositivo de segurança está diretamente relacionado a noção de campo de possibilidades, insere-se dentro de uma série de probabilidades, ou seja, o objetivo não é prescrever como no mecanismo disciplinar, tampouco punir como é o sistema de código legal (divisão binária), mas é prever o acontecimento, regular uma multiplicidade e estabelecer uma média entre o considerado aceitável e o não aceitável, normalizar.

As diretrizes organizativas do SUS estão diretamente articuladas com uma noção de território enquanto espaço das ações e práticas de saúde dirigidas a uma população específica, o que implica noções políticas de território e acesso à saúde. Política em termos de ações e estratégias do Estado para regulação da vida no campo social como a circulação populacional.

Para normatização técnico operacional e direcionamento das ações de saúde, as Políticas Públicas operam com uma multiplicidade de termos que objetivam o território como Distrito Sanitário, Município, Estado, Regiões de Saúde, macrorregião, microrregião, área de abrangência, microárea de risco. Estes arranjos técnicos normativos traduzem as divisões administrativas em diversos níveis ou escalas que o Estado estabelece com o Território.

Não obstante, colado a esta mudança de racionalidade política no campo da saúde, o território aparece operacionalizado primeiramente enquanto *espaço nacional* como consta na Lei 8.080 (Brasil, 1990, p. 1), “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde”. Esta política permite a regulação das ações em saúde no espaço nacional, neste sentido a noção de território aparece condicionada ao espaço geográfico sob o qual o Estado exerce soberania. O território enquanto *nação* constitui-se uma das linhas que vetorizam o espaço, pois regula-se as possibilidades de circulação da população e de ações em saúde dentro do espaço nacional.

No campo da Saúde, para Monken e Barcellos (2005, p. 898), há uma redução do conceito de território, sendo este “utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção”. Afirmam estudos que a racionalidade territorial com que operam as Políticas Públicas de Saúde acerca do processo de regionalização em saúde tem se reduzido à questões meramente administrativas da rede de serviços no âmbito intraestadual não havendo, portanto, incorporação de uma racionalidade territorial mais abrangente (Sousa, 2014; Gadelha, Machado, Lima & Baptista, 2011; Pessoa, Rigotto, Carneiro & Teixeira, 2013). Ademais, a “territorialização serve, primeiramente, para organizar as práticas de

trabalho de vigilância e atenção à saúde” (Brasil, 2006, p. 36) tornando-se imprescindível para o processo de planejamento e regionalização em Saúde.

A noção de Regionalização em saúde a partir das Políticas Públicas de Saúde opera com os seguintes pressupostos básicos: (1) cobertura ao acesso e resolutividade da atenção em todos os níveis de complexidade correspondentes à delimitação espacial da Região de Saúde; (2) organização descentralizada e hierarquizada dos serviços de atenção a saúde em cada Região; (3) recorte territorial do espaço geográfico contínuo com pretensões administrativas de planejamento de Saúde e resolutividade sanitária; (4) delimitação de um plano territorial específico que abriga uma Rede Integrada de Atenção do Sistema de Saúde da Região. Estes pressupostos implicam na operacionalização do território como recorte de um espaço geográfico contínuo que sugere a naturalização de um plano de realidade específico.

### **Mapeamento e o Sistema de Informação Geográfica - SIG**

O Decreto 7.508 (Brasil, 2011) que regulamenta a Lei Orgânica de Saúde, versa sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. A necessidade de regulamentação da Lei Orgânica de Saúde se dá em função da regulação do acesso às ações e aos serviços de saúde de modo a orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde e monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde em cada Região de Saúde.

O Mapa da Saúde regulamentado pelo Decreto 7.508 (Brasil, 2011) aparece como um Sistema de Informação Geográfica-SIG que emerge como recurso tecnológico de geoprocessamento para operacionalizar o planejamento de Saúde e a diretriz política de regionalização atuando enquanto “ferramenta para a identificação de necessidades das populações e a distribuição espacial da estrutura dos serviços de saúde” (Brasil,

2006, p. 43). O SIG permite, por meio da sobreposição de diferentes camadas temáticas (estradas, moradias, incidências de doenças, bairros) representar um mesmo plano territorial.

Ademais, de acordo com Drumond Jr. (2006, p. 459), “Os SIG utilizam a sobreposição para produzir informações novas ou analisar espacialmente a dinâmica do fenômeno, por meio das técnicas de análise espacial”. Esta tecnologia possibilita a inferência de hipóteses a partir da combinação entre variáveis ambientais, estatísticas e populacionais como a dinâmica do fluxo de circulação de pessoas sobre o território.

De acordo com Pina (1998, p. 126), os SIG “são sistemas baseados em computador, usados para armazenar e manipular informações geográficas”. Os SIG não são sistemas de automação de produção cartográfica, mas visam a distribuição espacial do problema por meio de uma base de dados gráficos, enquanto uma base de dados alfanuméricos delineará uma visão estatística do problema (Pina, 1998). Esta tecnologia assim permite a inferência de associações entre saúde e meio ambiente combinando estatística espacial, geografia e epidemiologia com aspectos da população, sua dinâmica de fluxo para o acesso à saúde.

Stassun e Filho (2012) analisam estratégias de geoprocessamento como prática biopolítica com o intuito de gerar grades de inteligibilidade para analisar como o SIG consegue agregar tanto a gestão do território quanto da população. Neste estudo, o SIG foi problematizado como base técnica de governo sobre a população: um sistema que permite o cruzamento de informações para tomada de decisão e planejamento público.

O aparato jurídico-legal que normatiza o Sistema de Saúde do Brasil redesenha as bases operacionais das Políticas Públicas de acordo com a racionalidade de produção social da saúde e do atendimento a todos os níveis de complexidade de atenção segundo a relação entre Saúde, acesso e condições de vida.

O acesso às condições de vida aparece como prerrogativa do Princípio de Integralidade, sendo o Sistema de Saúde, um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde que deve garantir o acesso e a resolutividade da atenção. Neste sentido, o Princípio de Integralidade exige uma operacionalização específica do território enquanto espaço de acesso às ações e aos serviços em saúde na medida em que possibilita, de acordo com o Pacto pela Saúde (2006, p. 19) “Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema”. Portanto, de espaço nacional, o território começa a assumir a condição de espaço de acesso aos níveis de complexidade do sistema de saúde.

O modo como a vetorização do território é operada a partir das Redes de Atenção à Saúde constitui-se como superfície para que o espaço possa ser objetivado a partir de indicadores no Mapa da Saúde (Brasil, 2011, p. 01), visto que é por meio do georreferenciamento que se torna possível o esquadramento dos espaços urbanos para planejar uma rota de fluxo para o atendimento integralizado a partir da visualização espaço-temporal da distribuição dos recursos na saúde sobre um território.

O Mapa é uma tecnologia emergente que *Geo* descreve a distribuição de unidades de Saúde que constituem a Rede de Serviços de Saúde dentro das Regiões de Saúde. Portanto, aparece como tecnologia política que constitui o espaço como um dos elementos a ser regulado. Essa possibilidade se dá a partir da organização do espaço por processos de territorialização que implica (des)territorialização e (re)territorialização do espaço. Por sua vez, o território, em diferentes níveis de operacionalização do espaço, cria uma superfície, um plano de realidade para a própria Política Pública; ou seja, cria como efeito a própria estabilidade da política pública.

De acordo com Monken e Barcellos (2007, p. 218), “Os mapas de saúde, que podem hoje em dia ser feitos com programas simples de geoprocessamento, permitem, entre outras funções, a comparação de taxas de incidência ou mortalidade em diferentes lugares, gerando hipóteses sobre causas. (...) Os fluxos de pacientes, do local de residência ao local de atendimento, podem ser visualizados por meio de mapas”. Neste sentido, os fluxos são capturados por tecnologias de vigilância e tornam-se cada vez mais fixos produzindo coordenadas referenciais para o planejamento estratégico em Saúde, normalizando a circulação da população para o acesso a saúde.

De acordo com o Decreto 7.508, o Mapa da Saúde é definido como “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema” (Brasil, 2011, p. 01). Assim como exposto abaixo na figura 2, a estrutura do Sistema delinea-se a partir do Mapeamento censitário da estrutura do Sistema de Saúde (leitos e média de permanência hospitalar, UTIs, internações hospitalares, serviços especializados), a Caracterização do Estado (População de homens, mulheres, crianças e adolescentes; Pobreza e desigualdade; Saneamento Básico), a estrutura da Rede de Atenção a Saúde (atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, Urgência e Emergência, Atenção de média e alta complexidade), as Condições Sócio Sanitárias (Nascidos Vivos, Mortalidade, Agravos de Notificação Compulsória), além do Fluxo de acesso segundo nível de complexidade, Recursos financeiros e Gestão em saúde.



**Figura 2.** Folder Mapa da Saúde (Brasil, 2013). Disponível em: [www.mapadasaude.saude.gov.br](http://www.mapadasaude.saude.gov.br).

O Mapa da Saúde orienta o processo de Planejamento de Saúde (Brasil, 2011), baseado na análise situacional dos temas que o Mapa abriga. O Mapa como estratégico na construção do Plano de Saúde, auxilia na Identificação das necessidades de Saúde da População e na análise situacional da estrutura da Rede de Atenção à Saúde em uma Região de Saúde, orientando a definição de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Saúde do Plano de Saúde. A identificação de problemas que compõe a análise situacional de uma Região de Saúde abrange as Condições de Saúde da População, Determinantes e Condicionantes da Saúde e Gestão em Saúde. A situação de saúde de uma população inclui os problemas e necessidades desta população, e as respostas sociais organizadas (Brasil, 2006, p. 36).

O Decreto 7.508 (Brasil, 2011) regulamenta as portas de entrada referentes a cada serviço que o SUS oferece. Ao definir as portas de entrada do SUS, define-se o que o sistema dá acesso, regulamentando àquele princípio de Integralidade (Brasil, 1990). De acordo com o Decreto (Brasil, 2011, p. 04), “São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto”. O acesso ao cuidado aparece circunscrito a uma divisão administrativa,

oferecendo condições de possibilidade para se operar com o território em Redes por meio de um plano territorial específico.

### **Territorialização, agenciamento e Políticas Públicas**

Opera-se com o conceito de territorialização de acordo com o campo analítico de Deleuze e Guattari para pensar nos modos como a Política Pública produz efeitos sobre o território no campo da saúde. Para tanto, é necessário situar a discussão sobre conceitos chave desse campo investigativo para entender a linha argumentativa que a dissertação sustenta no que se refere a problematização de Políticas de Saúde e território.

No campo analítico deleuzeano não há hierarquia de conceitos como em um esquema de arborescência, onde conceitos são sobrepostos em categorias ascendentes, mas sim uma espécie de multiplicidade de conceitos que formam uma rede com pontos nodais onde cada conceito pode ser articulado com outro formando um sistema rizomático que mais parece com a grama do que com a árvore. Na perspectiva rizomática não há um ponto de origem e de chegada, mas várias ramificações (linhas) que se engendram e produzem conexões sendo impossível distinguir começo ou fim. Porém, o esquema rizomático não implica dizer que entra em oposição ao esquema de arborescência, os próprios filósofos consideram também que dentro de um esquema de rizoma podem existir pontos de arborescência.

É particular desse campo analítico a forma de operar rizomaticamente com conceitos seguindo uma espécie de cartografia onde operam infinitas possibilidades de entrelaçamento. De acordo com Neto (2015, p. 400), “tanto Deleuze quanto Guattari fazem defesas explícitas do rizomático, do molecular, do micropolítico contra o arbóreo, o molar e o macropolítico, embora não cessem de reconhecer a presença do arbóreo no

rizoma e da macropolítica em seu entrelaçamento à micropolítica”. A não oposição entre rizomático e arbóreo, ou entre o micropolítico e o macropolítico se faz pensando que no campo problemático de Deleuze, os processos de territorialização são agenciados por multiplicidades de linhas tanto macro quanto micro. Mais especificamente, o macropolítico é o domínio do Estado, das Políticas Públicas, daquilo que podemos considerar de forma mais ampla em termos de agenciamento; já o micropolítico é aquela minúcia do cotidiano, elementos que permeiam as relações cotidianas.

Os agenciamentos são formações heterogêneas entre elementos de um campo social que permitem territorializar a saúde, por exemplo. Para Deleuze e Guattari (1997, p. 76) “Denominaremos *agenciamento* todo conjunto de singularidades e de traços extraídos do fluxo — selecionados, organizados, estratificados — de maneira a convergir (consistência) artificialmente e naturalmente: um agenciamento, nesse sentido, é uma verdadeira invenção”. O agenciamento para Deleuze e Guattari (1997) diz respeito tanto ao sistema de codificação compartilhada por signos (agenciamento de enunciação coletiva), quanto às disposições espaciais que as coisas ocupam dentro de um arranjo organizacional específico (agenciamento maquínico). Assim, as formas de territorialização na clínica são diferentes das formas de territorializar no domicílio, pois os agenciamentos ‘maquínicos’ e de ‘enunciação’ são diferentes. Nas Políticas de Saúde, o território torna-se agenciamento traduzido por vetores que indicam sentidos das práticas institucionais; que indicam territorialidades específicas e cesuras (segmentaridades) no corpo populacional. Portanto, territorialização é o processo de fixação de distintos sentidos, eventos, elementos em um plano de organização específico no qual a multiplicidade torna-se homogeneidade, de modo a produzir territórios/territorialidades.

Todo agenciamento é, em primeiro lugar, territorial. A primeira regra concreta dos agenciamentos é descobrir a territorialidade que envolvem. O território cria o agenciamento. O território excede ao mesmo tempo o organismo e o meio, e a relação entre ambos (Deleuze e Guattari, 1997, p. 218).

Já o agenciamento pragmático das Políticas se traduzem pelas formas como são implementadas as ações em saúde, no caso as Redes de Atenção à Saúde compreendem uma das formas de operacionalizar os fluxos no campo da saúde, o Mapa da Saúde compreende um dos elementos do plano de organização do sistema de saúde. As Políticas atuam no campo teórico e ordenam ações no campo operacional (pragmático), o processo de territorialização ocorre, portanto, em ambos os níveis de forma indissociável.

O agenciamento, portanto, é composto por um conjunto heterogêneo de linhas e essas linhas compõe a figura do Estado, da Política Pública, assim como do território. O problema são as estratégias de composição dos agenciamentos que são efeitos das multiplicidades de linhas (segmentárias, flexíveis e de fuga) que atravessam e se entrelaçam tanto no plano macro quanto no micro. Para Deleuze e Parnet (1977, p. 142), “(...) as três linhas são imanentes, estão imbricadas umas nas outras”.

Mais especificamente, os agenciamentos são traduzidos pelas linhas segmentárias, flexíveis e de fuga. As primeiras compõem o que Deleuze e Parnet (1977) chamam de “máquinas binárias” que operam cortes segmentarios binários que “não implicam em dualismo, mas antes são dicotômicas” (Deleuze e Parnet, 1977, p. 145). A segmentaridade binária ou dura, cesura o tecido populacional em territorialidades específicas como: homem-mulher; criança-adulto; branco-negro; pobre-rico; homossexual-heterossexual. Toda linha de segmentaridade dura implica a formação de um plano de organização que tem uma dimensão de sobrecodificação (Deleuze e Parnet,

1977).

As linhas flexíveis ou de sobrecodificação são chamadas pelos autores de “máquina abstrata de sobrecodificação” (Deleuze e Parnet, 1977, p. 146), elas asseguram a homogeneidade dos diferentes segmentos que agenciam o espaço, por exemplo. O Estado não se confunde com as máquinas binárias ou de sobrecodificação, ele propriamente efetua essas máquinas, utilizando como estratégias formas de territorialização específicas. O Estado, portanto, é responsável por este primeiro movimento de desterritorialização e efetua a sobrecodificação como forma de reterritorializar utilizando máquinas binárias de codificação e abstratas de sobrecodificação. Nesta perspectiva, para Deleuze e Parnet (1998, p. 147), “As ciências de Estado não existem, o que existe são as máquinas abstratas que tem relações de interdependência com o Estado”.

Os agenciamentos segmentares estabelecem uma linha sucessiva, ou seja, são estratégias que ligam elementos heterogêneos em uma cadeia segmentar, tal como: saúde-território- acesso-moradia-família. A linha segmentária implica uma relação entre distintos elementos que a partir desse agenciamento (linha de segmentaridade dura e linhas flexíveis) compõe uma territorialidade específica, como se um dos elementos do segmento codificasse o outro produzindo um “complexo código-território” (Deleuze e Parnet, 1977, 146).

Já o terceiro tipo de agenciamento são as linhas de declive ou de fuga que engendram movimentos nômades. Estes movimentos desestabilizam a segmentaridade dura, que implica movimentos nômades de desterritorialização. Estas linhas produzem um plano de imanência que não é sobrecodificante como no caso das linhas flexíveis, mas mutante, agenciam processos moleculares de desterritorialização das codificações binárias. De acordo com Deleuze e Parnet (1977, p. 148):

“As máquinas binárias já não tem nenhum poder sobre esse real e não porque se trocam os segmentos dominantes (classe social, sexo...) nem tampouco porque se imponham mistos do tipo bissexualidade (...) mas porque fazem passar entre os segmentos fluxos de desterritorialização”.

Tanto o agenciamento maquínico quanto o de enunciação coletiva, funcionam de forma indissociável ao vetorizar processos de territorialização, isso implica dizer que as linhas de segmentaridade dura, de sobrecodificação e mutantes se entrelaçam, funcionando de forma indissociável nos processos de territorialização, produzindo máquinas semióticas que implicam em sentidos de direção. Pode-se dizer que as políticas comportam um sistema de enunciação que de acordo com Deleuze e Guattari (1997, p. 193) constituem “um regime de signos, e o conteúdo, um sistema pragmático”. Os agenciamentos coletivos de enunciação, no caso das Políticas Públicas, expressam-se por meio de uma quadratura de normativas técnicas que compõe um sistema semiótico específico que homogeneiza elementos que são heterogêneos tornando-os reguláveis. Como exemplo, cita-se o conjunto de portarias que compõem um sistema semiótico específico para territorializar o campo da saúde, na medida em que normatizam as portas de entrada do SUS; as doenças de notificação compulsória, os casos, os riscos, os modos de acesso à saúde.

Afirmar que o território na saúde passa por processos de sobrecodificações, implica estabelecer diferentes normativas para operar com a noção específica de território em saúde de acordo com as estratégias de agenciamento das Políticas Públicas. Esta sobrecodificação se refere ao movimento de desterritorialização do território para reterritorializá-lo a partir de novas normativas (agenciamentos). Segundo Haesbaert e Bruce (2002, p. 18) “O aparecimento do Estado é responsável pelo primeiro grande movimento de desterritorialização, na medida em que ele imprime a divisão da terra

pela organização Administrativa (...) O Estado desterritorializa os agenciamentos maquínicos de corpos e os agenciamentos coletivos de enunciação e procede a uma sobrecodificação”.

O território torna-se, portanto, um efeito de um agenciamento. As estratégias engendradas pelo agenciamento das máquinas binárias implicam, portanto, movimentos de desterritorialização e reterritorialização, sendo que o Estado se torna responsável pela composição do primeiro plano de organização. Para Deleuze e Parnet (1977, 0. 160), “O poder do Estado implica no exercício das máquinas binárias que nos atravessam e da máquina abstrata que nos sobrecodifica”.

O mapeamento em saúde opera um processo de sobrecodificação na medida em que ao georeferenciar um território opera com novos arranjos semióticos e maquínicos como condição para operacionalizar uma Política Pública. Neste processo, o mapeamento desterritorializa um território de práticas para reterritorializar de acordo com novos agenciamentos. Um dos objetivos do texto é justamente problematizar estes processos de sobrecodificações que operam sobre o território naturalizando um plano tecidual sobre o qual as Políticas Públicas direcionam técnicas de normalização.

O plano de Regionalização em saúde visa homogeneizar diferentes territórios de práticas em saúde centralizando o *Acesso* e a *resolutividade do cuidado* nas Regiões de Saúde (Brasil, 2011). De acordo com Deleuze e Parnet (1992), são “formas de territorialização”, onde elementos heterogêneos tornam-se subsumíveis a categorias homogêneas. O mapeamento na saúde cria demandas específicas ao aproximar o território e acesso das condições de vida, permite absorver elementos heterogêneos em categorias homogêneas, no caso, permite absorver diferentes territórios geográficos em categorias “homo” classificadas como Regiões de Saúde, equalizando sociabilidades específicas da população. Neste mesmo sentido, não somente homogeneiza-se as

Regiões de saúde, mas a partir da vinculação dos usuários às Regiões de Saúde homogeneiza-se uma multiplicidade, compondo zonas de pertencimento (territorialidades) de acordo com aspectos da própria população como o comportamento do fluxo de acesso à saúde. Com a estatística georeferenciada que o Mapa da Saúde produz para pensar os fenômenos populacionais, torna-se possível territorializar e regular a população por meio do seu próprio fluxo de circulação.

A territorialização no campo da saúde age a partir de um elemento da realidade, como a circulação da população, condições sociosanitárias e de vida. Estes dados populacionais geoprocessados servirão de base para o planejamento do acesso e fluxo da circulação na saúde, ou seja, é uma política que se apoia e age no próprio elemento da realidade. Esta estratégia de regulação da circulação implica uma estratégia de poder na medida em que ao naturalizar um território de acesso e resolutividade de atenção impede outros fluxos de circulação da população ao acesso a saúde.

O próprio mapa não é uma superfície lisa e homogênea, mas torna-se possível mediante um arranjo heterogêneo (Estado-Saúde-Geografia-Estatística) que permite uma configuração específica para objetivar um território. Esta configuração engendra uma relação jurídico-política com o território na medida em que seleciona que elemento capturar ou não, que fará parte da geografia dos espaços na saúde. Então, são aspectos da relação política que se estabelece com a Estatística, Estado, Saúde e Geografia, para agenciar uma relação de reciprocidade entre o Território, Acesso e Saúde.

### **Território, circulação e segurança**

Colocar em análise o território na saúde a partir da focalização de um instrumento técnico operacional como o Mapa da Saúde, é estar implicado num jogo de forças agonísticas onde elementos heterogêneos são articulados como condição de possibilidade para emergência desta tecnologia. Estes jogos resultam avizinhamentos

entre campos distintos do conhecimento para a área da saúde, no caso específico deste ensaio, tratamos da aproximação entre Estado-Saúde-Geografia-Estatística enquanto zona de proveniência que permite a emergência do Mapa.

Neste sentido, como a pesquisa é um constante processo de desnaturalização, é importante colocar em análise a relação que se torna autoevidente (Saúde-território-acesso) e que se traduz em uma das formas de objetivação do território a partir do Mapa da Saúde. Isto implica situar uma das estratégias atuais de mapeamento no campo da saúde como um acontecimento que gera efeitos sobre a atualização de vetores de territorialização na saúde.

O mapeamento por SIG, como já dito anteriormente, utiliza a sobreposição de camadas temáticas para representar um plano de realidade. A escolha e sobreposição de camadas temáticas não é arbitrária, mas é hipoteticamente orientada a partir da correlação entre eventos de Saúde (focos epidêmicos, casos de contaminação) com variáveis ambientais (saneamento básico, moradia) e sociais (desigualdade, pobreza, sociabilidades específicas) no que se refere às condições de adoecimento da população e acesso à saúde. As camadas temáticas podem ser constituídas por: Unidades da Federação, rodovias, estradas de ferro, relevo, rios, capitais e etc... A escolha das camadas do Mapa da Saúde explicitam as hipóteses do sistema de vigilância em saúde acerca de processos de saúde e doença a partir da combinação entre variáveis. Por exemplo, de acordo com Brasil (2006, p. 27):

Colocar uma camada de estradas sobre uma camada de incidência de Aids pode evidenciar o papel destas estradas na difusão do HIV. Um mapa de uma camada de pontos de garimpo de ouro, sobreposta a outra camada com casos de intoxicação por mercúrio, pode ser útil para estudar-se a relação entre a emissão de mercúrio e os seus possíveis efeitos sobre a saúde.

A possibilidade de representação do espaço por meio do SIG, permite além da objetivação estratégica de aspectos da realidade, o cruzamento destas informações (variáveis estatísticas, epidemiológicas, condições sócio sanitárias, estradas, infraestrutura) que auxiliarão no esquadramento dos espaços urbanos a partir de uma inteligência sanitária. Porém, além de representar simplesmente aspectos fixos do espaço, com o auxílio do SIG é possível representar um plano de realidade a partir da estatística georeferenciada da circulação da população. Como no exemplo acima, uma hipótese acerca da difusão do HIV foi combinada com camadas de estradas para inferir possíveis causas de sua propagação. O elemento circulação aparece na captura do SIG como fenômeno que compõe a probabilidade de um evento na saúde.

O dispositivo de segurança trabalha com a noção de meio como algo já dado, o meio seria qualquer lugar do espaço por onde é possível a circulação. Porém, não se trata de modificar este meio, arquitetá-lo para melhor controlar a circulação de pessoas, do ar ou da água e mercadorias, mas trata-se de “maximizar os elementos positivos” (Foucault, 2008, p. 26), utilizando-se do próprio elemento da realidade para melhor fazer a circulação. Trata-se, portanto, de uma maneira de organização da circulação, de modo a minimizar os riscos de disseminação de doenças e facilitar a vigilância, por exemplo.

A sobreposição de camadas temáticas no Mapa da Saúde ao pressupor hipóteses sobre o processo de saúde-adoecimento de determinadas populações, trabalha com a noção de encadeamento circular de causas e efeitos que permitem dirigir técnicas políticas ao meio e dar visibilidade ao fluxo populacional por meio do georreferenciamento. Segundo Foucault (2008), no dispositivo de segurança, a noção de meio perpassa “um elemento dentro do qual se faz um encadeamento circular dos efeitos e das causas, já que o que é efeito, de um lado, vai se tornar causa, do outro. Por

exemplo, quanto maior a aglomeração desordenada, mais haverá miasmas, mais se ficará doente” (p. 28). O meio não é propriamente o espaço, é onde reside e onde se faz a circulação de causas e efeitos de acontecimentos prováveis, é propriamente onde ocorre a circulação de uma ação. O meio, portanto, compreende o espaço por onde se passam uma série de elementos aleatórios, é o “ponto de articulação entre elementos físicos com a espécie humana” (Foucault, 2008, p. 30). De acordo com Brasil (2006, p. 28):

Podemos dizer que, do ponto de vista espacial, os riscos à saúde ocorrem com o encontro entre populações vulneráveis e fontes de risco. Portanto, temos dois caminhos para identificar esses riscos: do indicador epidemiológico para identificar áreas com problemas sociais e ambientais, e dos indicadores socioambientais para averiguar se existe uma concentração de eventos adversos sobre a saúde. Se existe uma concentração de casos ou óbitos no espaço, provavelmente existe ali uma (ou mais) fonte de riscos.

O SIG opera aproximando dados ambientais com as condições de vida de uma população. O geoprocessamento registra, sob comando centralizado, informações sobre as condições sociosanitárias destas populações para planejamento de metas em saúde a partir da sobreposição hipotética de eventos de saúde com condições ambientais, o que inclui o acesso. Portanto, o geoprocessamento pressupõe que condições ambientais predizem condições de saúde da população e reciprocamente. Logo, ao aproximar população e ambiente com base no processo de adoecimento, emerge a noção de risco social que assinala a vulnerabilidade populacional, e a focalização estratégica da saúde sobre a população, seu modo de vida, sua dinâmica de circulação, quem são, como vivem e do que adoecem, inserindo fenômenos populacionais em uma “série de acontecimentos prováveis” (Foucault, 2008, p. 09).

Em meados do século XVIII, com a emergência do problema do crescimento populacional na Europa, entre outros elementos que lhe dão visibilidade, a população aparece como elemento de centralidade para o governo, aqui começam a aparecer as tecnologias de esquadramento da população, como as estimativas demográficas, taxas de mortalidade e natalidade e estimativas de vida. As características do corpo populacional estão diretamente ligadas à administração e gestão econômica como condições fundamentais para se garantir o bom estado de saúde da população e da economia do Estado. Estas ‘tecnologias da população’ emergem justamente da aproximação entre a Economia, Estado e corpo populacional instituindo a saúde pública como uma polícia do corpo social que tem a função de esquadrihar a população e assegurar a ordem, o crescimento e o estado de saúde geral. De acordo com Brasil (2006, p. 39), “Compreender a relação entre a estrutura social e as condições de saúde, é de suma importância para a análise e intervenção do Estado através de políticas públicas”.

Foucault (1984) exemplifica o movimento de emergência da medicina social em diferentes países da Europa e relaciona com especificidades econômicas e políticas. A medicina social Francesa se organizou a partir de um “Sistema de vigilância generalizada que dividia, esquadrihava o espaço urbano” (Foucault, 1984, p. 52). A emergência da medicina social na França foi feita com base no processo de urbanização para pensar na melhor possibilidade de circulação de coisas e pessoas pelas cidades. Diferentemente de outras medicinas sociais como a da Alemanha que teve como foco a normalização da prática médica pelo Estado e diferente da Inglaterra que socializou o corpo como força de trabalho, na França, a medicina social instrumentaliza-se com tecnologias centralizadas de registro para vigilância das cidades, conhecidas como quarentena no séc. XVIII (Foucault, 1984, p. 52). Este modelo médico e político

esquadrinhava o espaço urbano com o objetivo de registrar, sob um comando de ordem centralizada, possíveis focos de doenças nos bairros e casas.

A exemplo de outras medicinas sociais, o Brasil desenvolve uma Política de Estado tributária de um movimento de reforma sanitária, focalizada em aspectos sociais e econômicos como determinantes e condicionantes da saúde. De acordo com a Lei Orgânica de Saúde (1990, p. 01) “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos”. Neste sentido, a Lei Orgânica de Saúde brasileira opera com a racionalidade de que é o Estado que deve executar e formular Políticas com foco social e econômico de modo a diminuir o risco de doenças e outros agravos. Aproxima-se neste discurso a Saúde enquanto prática de ações sanitárias, o Estado como indutor de políticas sociais e a economia analítica em nível populacional.

Deste modo, segundo Foucault (1984, p. 109) “A súbita importância que ganha a medicina no século XVIII tem seu ponto de origem no cruzamento de uma nova economia ‘analítica’ da assistência com a emergência de uma ‘polícia’ geral da saúde’. Este cruzamento da economia analítica criou condições de possibilidade para que a medicina com foco essencialmente fundamentado nos serviços-caridade, pudesse ser operado em nível de Estado como tecnologia de esquadrinhamento do corpo populacional com intuito de diminuir doenças e agravos a saúde da população.

O grande crescimento demográfico do Ocidente europeu durante o século XVIII, a necessidade de coordená-lo e de integrá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção, a urgência de controlá-lo por mecanismos de poder mais adequados e mais rigorosos fazem aparecer a "população" – com suas variáveis de números, de repartição espacial ou cronológica, de longevidade e de saúde –

não somente como problema teórico, mas como objeto de vigilância análise, intervenções, operações transformadoras, etc. (Foucault, 1984, pp. 110-111).

Nesta perspectiva, a economia política aparece como a ciência que conduz a base técnica de intervenção sobre a população, ou seja, racionaliza-se uma forma de governo traduzida nas instituições de Estado. Para Foucault (1984, p. 170), “Apreendendo a rede de relações contínuas e múltiplas entre a população, o território, a riqueza, se constituirá uma ciência, que se chamará economia política”. Para operacionalização do cálculo das forças do Estado atua-se com uma noção política de território, onde a força do Estado não será proporcional a extensão territorial como no regime de dinastia, mas será proporcional ao que a partir da objetivação de um plano da realidade, torna-se visível.

Assim como consta na Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990, p. 01), “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País”. Os níveis de saúde dizem respeito a objetivação de características populacionais, suas condições sociais de produção e acesso a saúde, suas variáveis de crescimento demográfico, natalidade e mortalidade, nascidos vivos e focos epidêmicos, por exemplo. Estes níveis caracterizam a objetivação de uma força social e econômica que está relacionada a própria força do Estado, configurando uma estratégia biopolítica.

Neste sentido, o Mapa da Saúde ao esquadrihar os espaços urbanos e objetivar os fluxos de circulação sobre o território, torna possível a regulação da vida e ordenamento de fluxos de circulação para o acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Aqui o Estado não estabelece uma relação de exterioridade com o corpo social, mas busca estratégias para apoiar-se e justificar a razão de Estado em elementos da própria

realidade; ou seja, a população torna-se tanto sujeito de um poder quanto objeto. Para Foucault (2008, p.27):

A segurança procura criar um ambiente em função dos acontecimentos possíveis, série que vai ser preciso regularizar num contexto multivalente e transformável. O espaço próprio da segurança remete, portanto, uma série de acontecimentos possíveis, um temporal e um aleatório que vai ser necessário inscrever em um espaço dado.

A estatística se mostra como importante arma técnica, visto que é com base na objetivação de elementos da realidade que o Estado possuirá subsídios para governar e prever os acontecimentos da população. O Mapa georreferencia o território e combina estes dados com estimativas estatísticas, torna então objetivadas as regiões de acesso e fluxos na saúde, além de compor uma base de dados para caracterização sociosanitária de uma Região de Saúde.

Etimologicamente, a estatística, é o conhecimento do Estado, o conhecimento das forças e dos recursos que caracterizam um Estado num momento dado. (...) Não mais, portanto, corpus de leis ou habilidade em aplicá-las quando necessário, mas conjunto de conhecimentos técnicos que caracterizam a realidade do próprio Estado. (Foucault, 1978/2008, p. 368).

A partir da objetivação estatística de como se distribuem os recursos do sistema e o fluxo da população no território, gera-se efeitos que permitem a criação de outras estratégias de normalização para melhor circular no território a partir de 'referenciais fixos' como por exemplo as 'portas de entrada do SUS' (Brasil, 2011, p. 01) que regulamenta a forma de acesso ao sistema. A estatística georreferenciada faz a circulação populacional funcionar numa série de acontecimentos possíveis, tornando-se

inteligível pensar a racionalização dos riscos atrelado às condições ambientais e de vida de determinadas populações.

No modelo de regionalização da Saúde se opera com referenciais fixos de acesso que condicionam os fluxos, neste sentido o fixo ordena tanto o fluxo de acesso quanto o fluxo na Rede de Atenção à Saúde para o atendimento a todos os níveis de cuidado como demanda a Integralidade. Segundo Brasil (2006, p. 38), os fluxos que a população estabelece em torno de um problema de saúde “são condicionados pela capacidade técnico-operacional e as possibilidades de acesso aos serviços (fixos) e a outras formas de cuidado, capazes de responder às necessidades de atenção”. Regula-se um elemento natural (fluxo populacional) a partir da disposição dos pontos fixos (unidades de Saúde) sobre o território das Regiões de Saúde. Portanto, é pelo acesso e para o acesso que se regulam os fluxos em saúde.

A circulação do usuário no sistema de saúde é ordenada pela Atenção Básica (principal porta de entrada) e “se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (Brasil, 2011, p. 03). A circulação do fluxo populacional no campo da saúde é canalizada desde as portas de entrada como ordenadoras das ações e serviços e flui por uma rede de atenção arquitetada de modo a cumprir o princípio de integralidade. O acesso ordena para canais específicos de atendimento conforme a demanda. Neste sentido, tanto o *acesso* quanto o *grau de resolutividade da atenção* aparecem como elementos que regulam o fluxo populacional na rede regionalizada de saúde. Com base nos dados materiais sobre o fluxo da população no território da saúde pública propõe-se uma regularidade que evidencia o que é normal e o que foge a normalidade de fluxo e acesso em saúde.

Como já dito, a normalização do fluxo da população dentro de um campo de práticas como a saúde pública ocorre por meio de estratégias de territorialização, torna-

se, portanto, uma política de governo inserida como estratégia de Estado para regulação do corpo social em um recorte geográfico configurando uma tática biopolítica (Foucault, 2005, p. 289).

No esquadramento dos espaços urbanos feito a partir do geoprocessamento das ações e serviços de saúde, o Mapa é, portanto, utilizado como instrumento de exame que verifica as condições sanitárias de cada Região de Saúde para então informar uma inteligência sanitária e planejar ações a partir do cruzamento entre variáveis estatísticas com as informações produzidas pelo geoprocessamento. Neste sentido, o Mapa configura-se como um instrumento de polícia e vigilância contínua das cidades que tem por objetivo ‘examinar’ as condições sócio sanitárias de cada região e ‘registrar’ as características epidemiológicas e sociosanitárias de modo a relacionar variáveis estatísticas com o geoprocessamento. Isto produz um plano material que serve de base para melhor planejar a circulação de fluxos nos espaços da cidade, de modo que a visualização espaço-temporal do acontecimento esteja sob controle e vigilância contínua.

A estratégia de mapeamento por meio do uso de SIG quando se aproxima da ciência estatística cria dobras sobre um mesmo plano, ou seja, sobre um espaço de circulação é sobreposto um território objetivado por geoprocessamento segundo critérios administrativos de acesso (portas de entrada); sobre este mesmo plano desenham-se estimativas estatísticas caracterizando tanto os espaços de acesso a saúde quanto as condições sóciosanitárias da população, os fluxos de acesso ao sistema e as condições de vida da população. Neste sentido, por meio do Mapa é possível segmentarizar a partir de diferentes vetores, um mesmo plano de organização.

Ao aproximar elementos heterogêneos, a Política Pública torna-se um “dispositivo heterogêneo auto consistente” (Dias, 1995, p. 31). A Política torna-se auto

consistente na medida em que cria as condições possíveis para (1) criar e intervir sobre um nível de realidade e estabelecer operações sobre este plano; (2) operar tecnologias que enunciam verdades sobre a população e sua regulação; (3) inserir o fenômeno populacional em uma série de acontecimentos prováveis. O primeiro ponto, refere-se por exemplo à invenção de um plano de realidade (Mapa da Saúde) que torna possível operar mecanismos que oferecem densidade à diretriz política de Regionalização em Saúde e assim, possibilidade para operar com um plano territorial específico. O segundo ponto implica tornar viável, por meios necessários, princípios e diretrizes que a própria política evidencia enquanto demanda sobre um campo social, como, no caso, a objetivação das necessidades de Saúde da população. O terceiro ponto relaciona-se com fazer funcionar fenômenos populacionais em uma série de práticas de governo, como a racionalização dos riscos como acontecimentos prováveis considerando o modo de vida e dinâmica de circulação da população.

### **E para não acabar...**

Este exercício de torção dos Mapas torna possível a visibilidade de elementos como a criação de camadas sobre um mesmo plano territorial. Uma forma de racionalização de fenômenos populacionais também somente se torna possível mediante o Mapa da Saúde como pensar aspectos populacionais em termos de estatísticas georreferenciadas. Estes elementos incitam pensar na relação de reciprocidade que se forma entre território e acesso e a partir do contorno desta problemática pode-se produzir outros questionamentos sobre este domínio da realidade. De certa forma um plano de composição se torna condição para o outro, como as Regiões de Saúde se tornam condições para operar o território em Redes, e as Redes tornam-se condições

para o Mapa e efeito do próprio Mapa que possibilitam a estabilização da própria política.

Regula-se a partir de coordenadas fixas a circulação de uma população específica sobre um espaço de ações em saúde, e o recorte geográfico é um dos elementos necessários para operar a partir desta racionalidade de regulação. Portanto, o que os fluxos e trajetórias de acesso a saúde que não são regulares têm a dizer sobre a noção de território operada nas Políticas de Saúde?

## **Segundo Ensaio**

### **Territorialização e Mapeamento no campo da Atenção Básica**

O presente ensaio coloca-se como desdobramento de um primeiro movimento de pensamento onde o objetivo foi problematizar a relação entre território e acesso no processo de mapeamento por geoprocessamento em Saúde. Nesse primeiro ensaio foi possível pensar o território como potência para a regulação da circulação populacional para o acesso a saúde por meio da análise de materialidades inscritas em campos de enunciação como as Políticas Públicas. Ademais, o objetivo deste segundo ensaio é colocar em análise a estratégia de mapeamento do território na Atenção Básica focalizando o território-moradia e a noção de população emergente nas Políticas de Saúde da Atenção Básica. Como operadores conceituais da análise, trabalharemos com as ferramentas pós-estruturalistas de territorialização (Deleuze e Guattari, 1992/1995b/1997), Dispositivo de Segurança e governamentalidade (Foucault, 1976/1978/1984) como auxílio para pensar de que formas as Políticas Públicas de Saúde agenciam o território enquanto elemento estratégico para normalizar uma população.

Para tanto, constrói-se um plano de imanência como recurso metodológico para ‘extrair os enunciados’ (Deleuze, 1995, p. 124) suspendendo em um plano virtual um domínio específico da realidade (a relação entre território e acesso) a partir da problematização de estratégias de territorialização em saúde. A problemática deste segundo ensaio é circunstanciada a partir da noção de população e de território (domicílio) com que operam as Políticas Públicas de Atenção Básica. Não obstante, estas noções aparecem nas materialidades aproximando elementos heterogêneos como condição de possibilidade para outras tecnologias de controle emergir com foco na regulação da população.

Neste processo analítico focalizaremos a Constituição Federal (Brasil, 1988); Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990); Normas Operacionais de Assistência a Saúde -

NOAS (Brasil, 2001); Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006); Portaria 1.886 (Brasil, 1997); Decreto 7.508 (Brasil, 2011); Cadernos de Atenção Básica, n. 39 (Brasil, 2014).

Como já afirmado, a proposta deste segundo ensaio surgiu como desdobramento de um movimento de pensamento no qual o objetivo foi colocar em análise uma tecnologia de mapeamento por geoprocessamento na Saúde como fio condutor para pensar a relação entre Território e Acesso na Saúde. O Mapa da Saúde (Brasil, 2011) pôde ser colocado em análise como elemento emergente a partir de uma ‘zona de proveniência’ (Foucault, 1984, pp. 15-16) que marca o progressivo avizinhamento entre Saúde, Estado, Geografia, Estatística e Epidemiologia. Neste sentido, foi possível pensar o modo como o mapeamento por geoprocessamento implica utilização de vetores de territorialização para regulação da circulação populacional no território.

O objetivo do primeiro ensaio não foi propriamente problematizar o Mapa da Saúde, mas as estratégias políticas de mapeamento em Saúde que tornam o território uma potência agenciadora das formas de gerir e regular a vida da população. O território enquanto parte de um dispositivo de poder, seleciona que elementos farão parte da geografia dos espaços, como se deve circular nestes espaços, a maneira como se faz conhecer o que habita nestes espaços. No primeiro ensaio, vimos como a tecnologia de geoprocessamento permite pensar o fenômeno populacional em termos de estatística georreferenciada e como esta técnica possibilita o agenciamento estratégico do território como elemento de gestão do fluxo populacional. Mais do que um procedimento de geoprocessamento do espaço, o Mapa da Saúde apoia-se sobre uma racionalidade das probabilidades na medida em que a sobreposição de suas camadas temáticas traduz hipóteses sanitárias estatísticas sobre o processo saúde-adoecimento da população.

Neste sentido, o território ao ser agenciado pelas Políticas Públicas torna-se uma

estratégia de governo da população, e, portanto, um dos elementos que possibilita uma economia política que focaliza e se apoia sobre o corpo populacional. O mapeamento como estratégia de governamentalidade constitui-se como ferramenta de produção de conhecimento e de intervenção sobre uma população. O mapeamento trata-se, portanto, de uma estratégia de regulação política da vida, atua como uma tática de territorialização que racionaliza (cria as condições de conhecimento da população e demanda de saúde) e intervém (assistência e vigilância) na circulação populacional sobre o território. De acordo com Foucault (2008, p.143), a governamentalidade pode ser entendida como “o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer de forma específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população”.

Neste sentido, as tecnologias de segurança enquanto base essencial da governamentalidade e que tem por objeto e alvo a população, assinalam os modos possíveis de se conhecer e regular uma população. A população compõe um dos elementos que passam a figurar na esfera refletida dos cálculos e estratégias de regulação política. Enquanto tecnologia heterogênea, a estratégia de mapeamento na saúde traduz de que formas a população pode ser enunciada a partir do território, tornando possível enunciar verdades sobre sua dinâmica de circulação, conhecer quem, quantos são, que condições tem e por que meios acessam a saúde. Portanto, o foco da Política Pública sobre o território cria condições de possibilidade para regulação de elementos que circulam sobre o espaço como coisas, pessoas e informações.

No primeiro ensaio, também focalizamos como a estratégia de mapeamento por geoprocessamento opera um processo de sobrecodificação territorial ao produzir novos arranjos semióticos e maquínicos como condição para operacionalizar uma Política Pública. O Mapa da Saúde como um Sistema de Informação Geográfica – SIG

operacionaliza o território a partir da (1) Sobreposição de camadas temáticas; (2) Geoprocessamento de pontos referenciais fixos (Portas de Entrada); (3) captura de elementos fluxos como a circulação populacional; (4) recorte do espaço geográfico contínuo por meio do ordenamento de redes de atenção ao cuidado segundo níveis de complexidade. A escolha das camadas temáticas que compõe um Mapa de Saúde pressupõe hipóteses sobre o processo de saúde/adoecimento, ou seja, hipóteses que consideram a dinâmica e condições de vida da população. A atualização do território a partir da sobreposição de camadas temáticas aparece como um movimento que desterritorializa um território de práticas para reterritorializá-lo de acordo com novos agenciamentos (Deleuze & Guattari, 1997).

Neste sentido, o processo de territorialização em saúde implica não somente um mapeamento geográfico de uma área, mas o “conhecimento e necessidades de saúde da população, bem como da forma como as pessoas se relacionam com o que determina a saúde” (Brasil, 2016, p. 92). O mapeamento, portanto, pressupõe a partir do fluxo da população para o acesso e pelo o acesso, formas de objetivar como a população lida com o que determina a saúde. Portanto, é “pelo” e “para” o acesso que se faz regular o fluxo populacional e suas maneiras de lidar com o processo saúde-adoecimento; ou seja, assinala subjetividades possíveis.

A Atenção Básica (AB) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) emergem no Sistema de Saúde como principais vias de acesso do SUS. A operacionalização do território na AB é estratégica para o Sistema de Saúde na medida em que ela é pensada como (1) principal porta de entrada do Sistema de Saúde (Brasil, 1990); (2) principal ordenadora do fluxo para outros níveis de atenção na saúde (Brasil, 2011); (3) definidora das *Regiões de abrangência* por meio do mapeamento por demanda (Brasil, 2006); (4) operacionalizadora da vinculação da população ao território e às Equipes de

Saúde por meio da adscrição (Brasil, 2006).

A estratégia de mapeamento por adscrição na AB ao avizinhar Território, Acesso, população e condições de vida, pressupõe a racionalidade: residência-família-vinculação-fixação. Seleciona a partir desta racionalidade que elementos farão parte do território como coordenadas fixas de acesso, no caso as residências e o que habita no interior das residências, a família. Mais especificamente, emerge com o processo de mapeamento na AB o modo de pensar a relação entre população e território por meio de um dos locais do território – o domicílio. Essa forma de operar com o território na AB torna-se problemática, pois na medida em que a Política adota a residência como critério de acesso à saúde, algumas populações que se movimentam no território como meio de vida ou mesmo que se deslocam como condição para o próprio trabalho, acabam não tendo possibilidade de acesso à saúde. Por um lado, a política oferece meios para dar visibilidade a família moradora de um domicílio, como esta família vive, quais são seus hábitos perante o processo saúde-adoecimento, em que condições vivem, quanto possuem de renda, se fazem parte ou não fazem parte de um perfil vulnerável.

O problema não é o mapeamento, é como se faz conhecer os hábitos de uma população a partir da racionalidade que opera o mapeamento e que torna o território uma potência agenciadora dos modos de viver da população e de produção de subjetividade. O questionamento focaliza em que momento a população emerge como um problema, como um objeto da realidade a ser regulado, normalizado por uma das técnicas de segurança e governamentalidade: o mapeamento. Neste sentido, a noção de território-moradia aparece subjacente ao processo de mapeamento na AB fazendo emergir um modo de pensar a população, tornando possível a captura de seus hábitos no que se refere a processos condicionantes da relação saúde-adoecimento.

Neste segundo ensaio colocaremos em análise como o mapeamento em Atenção

Básica, a partir da população domiciliada, aproxima a relação entre território e acesso com as noções de condições de vida populacionais e necessidades de saúde como possibilidade para emergência de uma racionalidade para enunciar a população. O avizinhamiento entre estas noções é colocado em análise como um acontecimento que incita o questionamento da atualidade na forma de um problema. Neste sentido, objetivaremos discutir como se avizinham na AB, o território com as condições de vida populacionais e necessidades de saúde focalizando o território-moradia e o segmento populacional que habita a moradia – a família.

Para tanto, primeiramente vamos discutir, a partir do Plano de Regionalização da Saúde a relação que se torna possível entre território, saúde e condições de vida da população. Após este contorno, trabalharemos como operam estratégias de mapeamento da Atenção Básica com base em vetores específicos de territorialização. Por fim, problematiza-se como a Política de Atenção Básica naturaliza o território-moradia enquanto referencial fixo para captura e regulação de hábitos populacionais atualizando estratégias de enunciação da população e sua relação com o território.

### **Políticas Públicas de Saúde e o Plano de Regionalização**

“O regional é mais do que um recorte físico ou geográfico, ele nasce de um modo de vida, de uma sociabilidade específica”  
(Albuquerque, 2001, p. 99).

Neste momento do ensaio vamos discutir a relação entre (1) Regionalização e Território; (2) Regionalização e Acesso; (3) Regiões de Saúde, Acesso e População. A análise da Regionalização em Saúde desdobra-se para a criação de uma superfície de inscrição que coloca em suspensão as condições de emergência de uma racionalidade que enuncia a população enquanto objeto de análise a partir da zona de avizinhamiento

entre Território-Acesso-Região de Saúde.

Está pressuposto na Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990) que a implantação do Sistema Único de Saúde busca associar o aspecto territorial aos princípios que doutrinam a descentralização política administrativa e hierarquização assistencial a partir da estratégia de Regionalização da Saúde. De acordo com a Lei Orgânica de Saúde (1990, p. 04), a implantação do Sistema de Saúde deve seguir dentre outros princípios o da “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”.

Ademais, na Constituição Federal (Brasil, 1988, p. 01) consta que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. A Regionalização em Saúde Pública atualiza um território de práticas como condição de possibilidade para se homogeneizar um sistema descentralizado, unificado e hierarquizado administrativamente em todo território nacional. A diretriz política de Regionalização do Sistema de Saúde, portanto, cria um plano de realidade para poder operar os princípios de universalidade e integralidade em um território nacional diversificado. Para Gadelha et al. (2011, p. 3007), “A saúde, por constituir uma base de coesão política e institucional, deve ser articulada com as estratégias federativas de regionalização, da dimensão nacional à local”.

Não obstante, em artigo, Gadelha, Machado, Lima e Baptista (2011) abordam a temática da territorialização na área de Saúde Coletiva a partir da problematização entre Saúde, desenvolvimento e território, explorando nexos teóricos e políticos institucionais no processo de regionalização em saúde, onde os fluxos produzem assimetrias sociais e econômicas no território. De acordo com o estudo, “O território em saúde tem sido

tratado no âmbito da política de saúde de forma estanque, numa concepção rígida de fluxos e organizações, prejudicando não somente seu objetivo primeiro, da prestação efetiva da saúde, como também a constituição de um sistema que minimize e contrarie tendências perversas de concentração espacial e conseqüente exclusão social” (2011, p. 3009). Como proposta metodológica, o estudo de Gadelha et al. (2011) parte do objetivo da análise sobre as vertentes analíticas saúde e desenvolvimento, focalizando o território e a trajetória política da Descentralização e Regionalização do SUS como constituidor da base de sua evolução espacial.

O processo de Regionalização em Saúde foi primeiramente arquitetado a partir da Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS (Brasil, 2001), que dispõe principalmente sobre a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e definição do processo de Regionalização da assistência em Saúde. De acordo com a NOAS (Brasil, 2001, p. 04):

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde (...) de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde.

Neste sentido, o processo de Regionalização da Saúde compõe-se a partir de um foco sobre o território como elemento a ser considerado na *identificação de prioridades* e *garantia do acesso* de modo que viabilize o acesso integral e resolutivo à população. Pressupõe-se, portanto, que a identificação da *demandas de acesso* seja um dos vetores de territorialização da Regionalização em Saúde, na medida em que o território do modelo regionalizado de Saúde deve ser resolutivo com base nas necessidades populacionais de acesso ao Sistema de Saúde. Em notícia publicada via internet no

portal da Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz, o Plano de Regionalização segundo Lima (2014):

Permite observar os determinantes sociais de saúde no modo como estes se expressam no território; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis;

A NOAS, no que se refere a operacionalização da Diretriz política de Regionalização no Sistema de Saúde, cria o Plano Diretor de Regionalização que focaliza o acesso ao Sistema, levando em consideração o planejamento e esquadramento dos espaços urbanos de modo a ofertar acesso ao cidadão “o mais próximo possível de sua residência” (Brasil, 2001, p. 04). É com base justamente na possibilidade de acesso como uma urgência populacional, que são criadas tecnologias que auxiliam na captura e regulação de fluxo para o acesso e por via do acesso.

O acesso, na perspectiva da Regionalização em Saúde, aparece de forma atualizada no Decreto 7.508 (Brasil, 2011) como “O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (p. 03). Neste sentido, o acesso aparece não meramente como uma categoria operacional, mas é condição estratégica para a própria operacionalização da estratégia de Regionalização.

Regionalização segundo Lima (2014) “é um processo técnico-político relacionado à *definição de recortes espaciais* para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde”. Regionalização oferece um plano de realidade para operar com as Regiões de Saúde enquanto operacionalização de recortes espaciais. O termo Região de Saúde também aparece primeiramente nas Políticas Públicas de Saúde a partir da NOAS e é tido como:

Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (Brasil, 2001, p. 05).

As Regiões de Saúde são regulamentadas no Decreto 7.508 (Brasil, 2011, p. 01), enquanto “*espaço geográfico contínuo* constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes (...) com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Interessante notar, que as Regiões de Saúde aparecem no Pacto pela Saúde (2006) como um *recorte territorial em um espaço geográfico contínuo*. Já no Decreto 7.508, as Regiões de Saúde aparecem como o *espaço geográfico contínuo* propriamente e não mais como o recorte da continuidade de um espaço geográfico. Neste caso, a Região deixa de ser um recorte espacial para se tornar a própria continuidade espacial. Segundo o Decreto 7.508 (Brasil, 2011, p. 01), Região de Saúde é definida como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011, p. 01).

Nesta perspectiva, no âmbito das Políticas Públicas de Saúde o espaço regional aparece no eixo da *escala local* ou *meso-escala*, como subregião nacional dotada de continuidade. A racionalidade intrínseca ao processo de delimitação de uma Região de

Saúde se refere ao *grau de equalização* entre os espaços, definido “a partir de identidades culturais, econômicas e sociais” (Brasil, 2011, p. 01) e não necessariamente “coincidente com a divisão administrativa do estado” (Brasil, 2001, p. 05). Neste sentido, a operacionalização do espaço segue critérios de não diferenciação, mas de captura dos espaços de integração da Rede de Atenção a Saúde a partir de uma racionalidade que equaliza o território.

No campo da Geografia a regionalização, enquanto constructo metodológico distingue-se de Região que, por sua vez, atua como operador conceitual. Como afirma de modo mais preciso, Haesbaert (1999, p. 28):

(...) partimos do pressuposto de que região e regionalização são concepções que envolvem posições teóricas distintas. Enquanto a região adquire um caráter epistemológico mais rigoroso, com uma delimitação conceitual mais consistente, a regionalização pode ser vista como um instrumento geral de análise, um pressuposto metodológico para o geógrafo.

Haesbaert (1999) nos auxilia a demarcar o grau de abrangência do conceito de região com que operam autores clássicos da Geografia (La Blache, Sauer e Hartshorne) resumando o conceito de Região na Geografia em quatro tópicos, são eles (p. 29): (1) a singularidade ou diferenciação espacial; (2) a coesão e a integração entre múltiplas dimensões do espaço; (3) a estabilidade e a continuidade/contigüidade regional; (4) “meso-escala”, escala subnacional e/ou local.

As Regiões nas Políticas de Saúde aparecem como escala subnacional que garante a coesão e a continuidade regional por meio do grau de equalização entre as múltiplas dimensões do espaço, que envolvem as dimensões políticas, sociais e culturais. Neste sentido, o Plano de Regionalização em Saúde cria densidade para a Política Pública, instrumentaliza o recorte do espaço geográfico pressupondo a

equalização das múltiplas dimensões espaciais.

O estudo de Haesbaert (1999), apesar de se concentrar na área da Geografia, pode auxiliar o campo investigativo do presente ensaio na medida em que o termo “Região de Saúde” enuncia o território nas Políticas de Saúde. A partir da Regionalização em Saúde, emerge uma racionalidade sobre o modo como pensar o território enquanto elemento equalizador das múltiplas dimensões do espaço, que envolvem identidades econômicas, culturais e sociais da população, ou seja, emerge um modo de pensar uma sociabilidade específica da população que delimitará o grau de equalização do recorte espacial. Neste sentido, o Plano de Regionalização aproxima o território das condições de vida populacionais e permite que a Política racionalize as necessidades de saúde da população.

Neste caso, as Políticas Públicas como operadoras semióticas de ações institucionais, criam uma racionalidade de ‘não diferenciação’ que circunscreve o que deve ser selecionado ou não para territorializar os múltiplos espaços. As escalas subnacionais expressam, portanto, regularidades populacionais baseadas no padrão de equalização das múltiplas dimensões espaciais. Por meio do território, estas regularidades se expressam a partir do esquadramento da população por meio de marcas de pertencimento, ao objetivar, por exemplo, suas condições de subsistência, saneamento básico, índice de pobreza e desigualdade, padrões de fluxo para o acesso e sociabilidades específicas tais como identidades culturais em relação ao processo saúde-adoecimento de determinadas populações.

Não meramente, o agenciamento do espaço pela Política Pública cria um plano de organização onde se estabelece como se deve conhecer o que habita nestes espaços garantindo condições de territorialização específicas. Neste sentido, a Política estabelece as condições de convertibilidade e traduzibilidade funcionando como o que

Deleuze e Parnet (1998, p. 146) chamam de “máquina abstrata de sobrecodificação”. A diretriz de Regionalização em Saúde cria e organiza um plano territorial a partir da demanda de acesso, da integralidade e da resolutividade da atenção em todos os níveis de complexidade do Sistema.

Neste sentido, o processo de sobrecodificação opera as condições de convertibilidade do território em Regiões de Saúde, assegura, portanto, a homogeneização dos diferentes segmentos que agenciam o espaço. As máquinas abstratas de sobrecodificação operam estratégias de atualização da relação entre agenciamentos maquínicos e semióticos de enunciação, operam, por exemplo, as estratégias que agenciam a relação entre as leis e os sentidos das práticas institucionais em Saúde.

Nesta perspectiva, o território aparece como linha segmentária que agencia e regula uma população a partir de estratégias que permitem fixar, estratificar e vincular a população aos territórios resolutivos das Regiões de Saúde. As linhas de segmentaridade de acordo com Deleuze e Parnet (1998), além de produzir um saber sobre a população também aparecem como um Dispositivo de Poder que atua um “complexo código-território” (p. 146), deste modo o território aparece como uma linha que codifica segmentaridades operando, por exemplo, regularidades populacionais expressas em perfis epidemiológicos e mapeamento dos fluxos de circulação e acesso.

Não obstante, esta objetivação operacional do território atualiza as bases operacionais das Políticas de Saúde, pois elas se delineiam a partir da naturalização de um espaço de resolutividade e acesso a saúde. Esta naturalização é estratégica na medida em que permite objetivar uma realidade para regular e normalizar o acesso de uma população aos serviços de saúde em um dado espaço. Para Foucault (1978, p. 132), “trata-se de dispor das coisas, isto é, de utilizar táticas, muito mais que leis, ou utilizar

ao máximo leis como táticas”. A atualização jurídico-legal do território enquanto espaço das ações de saúde com vistas a regulação do acesso, constitui-se como estratégia política para regulação do corpo social sobre o espaço.

### **Regiões de Saúde e o dispositivo**

As tecnologias de segurança assim como as disciplinares trabalham com as multiplicidades. A primeira regula as multiplicidades a partir de seu próprio movimento, na regulação intrínseca da própria população, baseado em “uma determinada maneira de administrar a multiplicidade, de organiza-la, de estabelecer seus pontos de implantação, as coordenações, as trajetórias laterais ou horizontais, as trajetórias verticais e piramidais, a hierarquia” (Foucault, 2008, p. 16).

Assim como a multiplicidade, o problema do espaço também é comum tanto na disciplina como no dispositivo de segurança. O espaço nas técnicas disciplinares é previamente arquitetado, a disciplina atua sobre um meio fechado onde é possível individualizar condutas, esquadrihar espaços, estudar a melhor forma de circular sobre o espaço fechado. Já no dispositivo de segurança o espaço ganha dimensão de série aberta, segundo Foucault (2008, p. 28):

Os dispositivos de segurança trabalham, criam, organizam, planejam um meio antes mesmo da noção ter sido formada e isolada. O meio vai ser, portanto aquilo em que se faz a circulação. O meio é um conjunto de dados naturais, rios, pântanos, morros, é um conjunto de dados artificiais, aglomerações de indivíduos, aglomerações de casas, etc. O meio é certo número de efeitos, que são efeitos de massa que agem sobre todos os que aí residem.

Neste caso, as Políticas Públicas de Saúde regulam as multiplicidades em um meio de série aberta a partir de agenciamentos que tomam o território como algo

possível para regular o que circula e habita sobre ele. Portanto, a diretriz Política de Regionalização em Saúde dirige-se ao meio como uma técnica política atualizando o espaço primeiramente de território nacional para o território de escala subnacional das Regiões de Saúde. Neste processo, atualiza-se não somente o agenciamento semiótico territorial na Saúde, mas o modo como o território propriamente torna-se uma potência agenciadora das condições de vida da população, do esquadramento da população, das condições para operar técnicas de objetivação de regularidades populacionais por meio de perfis epidemiológicos, escalas estatísticas e Mapas da Saúde.

A Política Pública ao operar sobrecodificações implica desterritorializar o território para reterritorializá-lo a partir de novos agenciamentos (Deleuze e Guattari, 2004). As Políticas enunciam um conjunto de normatividades que vetorizam coordenadas semióticas no território, ou seja, ao produzir bases técnico-normativas em saúde, racionaliza-se um plano de realidade que circunscreve que elementos farão parte da geografia dos espaços na Saúde. Com base nesta perspectiva, a tática de governamentalidade se relaciona não propriamente com o território, mas com “uma espécie de complexo constituído pelos homens e as coisas” (Foucault, 2008, p. 128).

O território aparece justamente como um elemento agenciador que torna possível enunciar uma realidade, ver e falar uma população com um corpo de regularidades e não somente como uma multiplicidade dispersa. No que se refere ao dispositivo de segurança “O objetivo final vai ser a população” (Foucault, 2008, p. 56), o controle sobre a multiplicidade aparece como uma condição para atingir um objetivo específico que é o corpo populacional propriamente. Neste ponto, a emergência do objeto população está intrinsecamente ligada às técnicas políticas que objetivam conhecer as multiplicidades, como elas se distribuem no espaço, quais são seus fluxos de circulação, quem são, quantos são e em que condições vivem. A Política, portanto,

atua na regulação da circulação da multiplicidade em meio aberto no sentido de estabelecer regularidades populacionais a partir do território.

### **Acesso, Territorialidade e Atenção Básica**

Na perspectiva das Políticas Públicas de Saúde é pelo acesso que se faz conhecer o que habita o território, neste caso, a Política funciona não meramente como uma tática, mas possibilita uma racionalização sobre o objeto população. A promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990) institui que o acesso a Saúde é direito de todos devendo o Estado “o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (p. 01). O Estado, ao estabelecer as condições de acesso a saúde estabelece regularidades no corpo populacional, regula as liberdades e os fluxos de circulação para se ter acesso à saúde.

Ademais, esta racionalidade não se organiza de modo exterior ao campo da economia política, mas na medida em que considera que as condições de saúde de uma população expressa “a organização social e econômica do País” (Brasil, 1990, p. 01) coloca a população como um dado, um campo de intervenção e um objeto passível de captura e racionalização pelas estratégias políticas. Neste sentido a economia política atua ao mesmo tempo, como ciência que conduz a governamentalidade e como técnica de intervenção sobre a população (Foucault, 1984).

Como já discutido na perspectiva da Regionalização em Saúde, o território naturaliza-se como espaço de resolutividade da atenção em Saúde. Portanto, de espaço nacional, o território ganha a dimensão das Regiões de Saúde como escala subnacional condicionado à identificação de prioridades em saúde e garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema. Não obstante, alguns estudos problematizam o plano de territorialidade das Políticas Públicas de Saúde e sua relação com a

operacionalização do Acesso ao Sistema (Gadelha et al. 2011; Assis & Jesus, 2012; Pessoa, et. al. 2011; Pessoa, et. al. 2013) levando em consideração avizinhamentos entre elementos heterogêneos que tornam possível falar e ver a população a partir de estratégias políticas de acesso ao Sistema Público de Saúde.

Em estudo, Assis e Jesus (2012, p. 2866) afirmam que as dimensões de análise do Acesso não se resumem ao aspecto geográfico, são multifatoriais e abrigam as “condições de vida da população, (...) acessibilidade aos serviços, (...) o aspecto econômico, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população”. O acesso envolve as condições econômicas, culturais e de acessibilidade implicados na dinâmica, no fluxo, na trajetória da população para o acesso.

A Atenção Básica aparece na Política de Saúde como principal via de acesso ao Sistema de Saúde, “porta de entrada preferencial e porta aberta, adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado” (Brasil, 2014, p. 16). A AB estrutura-se como uma estratégia de territorialização do campo da saúde de modo a universalizar o acesso, pressupondo a racionalidade do cuidado longitudinal em saúde e do referenciamento de clientela em um território delimitado. Constituindo-se enquanto processo, a Atenção Básica “exige a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado” (Lavras, 2011, p. 872).

Deste modo, o acesso na AB não se reduz (1) a distribuição estratégica das unidades de Saúde; (2) a resolutividade do cuidado com foco territorial; (3) a coordenadas fixas que referenciam a entrada no sistema (portas de entrada). A AB atualiza um conjunto de práticas em saúde que visam não somente a resolutividade da

atenção no território, mas opera processos de territorialização e táticas para conhecer as condições de vida da população.

Pessoa et. al. (2013, p. 2254) fazendo referência a relação entre os elementos heterogêneos Trabalho, Saúde e Ambiente, afirmam que “o enfoque do território na Atenção Primária à Saúde (APS) permite delinear e caracterizar a população e seus problemas de saúde, a criação de vínculo e responsabilidade entre os serviços de saúde e usuários”. Neste ponto, aproximam-se estratégias de esquadramento populacional com estratégias de territorialização em saúde. No caso da Atenção Básica, a estratégia de territorialização em Saúde está relacionada ao mapeamento das Áreas de Abrangência de Saúde conseguinte as necessidades de saúde de uma população alvo. Neste momento, o mapeamento das necessidades populacionais de acesso ao sistema torna-se essencial para o Planejamento de Saúde.

Especificamente, a territorialização em AB implica a organização administrativa dos processos de trabalho e de práticas e ações em saúde como vigilância em saúde a partir da delimitação estratégica de áreas de abrangência. Estas divisões administrativas são previamente determinadas por meio do processo de análise situacional das condições de saúde de uma região. O processo de mapeamento fundamenta a análise situacional na AB e é com base neste processo que se conhece as necessidades populacionais de saúde levando em consideração as condições de Saúde (Eventos em Saúde e variáveis ambientais) e as condições de acesso.

Segundo Cunha (2004, p. 41) “Na Atenção Básica, principalmente quando existe adscrição de clientela por equipe, não existe um encontro eventual com o doente em situação de isolamento, mas encontros seguidos no tempo, em situação de concorrência da intervenção terapêutica com as intervenções da vida”. Neste sentido, a vinculação entre Equipe de Saúde e sujeito estabelece-se uma relação de filiação que permite a

constante regulação da população referenciada no território. Ademais, a relação de vínculo da Equipe de Saúde com a população aparece operacionalizada nas políticas de saúde com o uso dos termos ‘adscrição de clientela’, ‘referência’ e ‘contra-referência’. Mais especificamente, o processo de mapeamento de demanda e o cuidado longitudinal característico da AB pressupõe uma vinculação verticalizada da Equipe de Saúde com a população. De acordo com a PNAB (Brasil, 2006):

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde (p. 02).

Para Monken e Barcellos (2007, p. 212) “Um dos termos largamente empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição, que diz respeito ao território sob responsabilidade da equipe de saúde da família”. A estratégia de territorialização por meio da relação de vinculação da população ao Sistema de Saúde na AB aparece como recurso estratégico de um dispositivo de segurança na medida em que é preciso vincular sujeitos para ter acesso a uma Política Pública, como condição para regular as liberdades, esquadrihar a melhor forma de circulação de pessoas no território, conhecer onde habitam e em que condições habitam. A estratégia de vinculação de sujeitos a uma política torna-se uma forma de organizar, segmentarizar as multiplicidades dispersas intervindo na população como alvo e objeto.

Como base de ação estratégica na AB, cria-se o Programa de Saúde da Família – PSF, que de acordo com Cunha (2004, p. 20):

A partir do reconhecimento consensual de dificuldades de transformação da Atenção Básica e como fruto de pressões de organismos internacionais, surgiu

em meados da década de 90, como política do Ministério da Saúde (MS), o Programa de Saúde da Família (PSF). Inicialmente marcado por formulações de organismos internacionais como o Banco Mundial, o PSF colocava-se no pólo claramente preventivo e programático.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006, p. 26) é objetivo do Programa de Saúde da Família a “definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua”. O processo de implantação do PSF implica a identificação de áreas prioritárias ao acesso, o levantamento do número de habitantes, o cálculo do número de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde da Família e o mapeamento de áreas e microráreas de atuação das equipes. No PSF as ações em saúde são planejadas e direcionadas para *locais do território* onde a população encontra-se referenciada, assim, é responsabilidade das Equipes de Atenção à Saúde, “realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada” (Brasil, 2006, p. 07).

O PSF atualiza o modo de pensar a relação entre território e acesso na saúde. Esta relação não mais aparece restrita à reciprocidade entre às portas de entrada do SUS e o território resolutivo das Regiões de Saúde. Neste modelo o território pode ser qualquer lugar do espaço que comporte ações planejadas em saúde. O território ganha maior abrangência conseguinte a ampliação das estratégias de acesso que capturam os espaços de produção de saúde na comunidade. O PSF torna-se estratégico para a AB na medida em que operacionaliza o mapeamento das Áreas de Abrangência vinculando a população a um território enquanto zona de pertencimento do sujeito e de atuação das Equipes de Saúde. Em verdade, o vínculo Equipe de Saúde-sujeito é justamente o que

filia uma população tanto a um território de abrangência quanto a uma Política de Saúde.

Ademais, a Estratégia de Saúde da Família-ESF foi iniciada com a incorporação dos agentes comunitários de saúde às Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 1998, p. 17), de modo a poder mapear as residências e inscrever famílias ao programa. Neste sentido, é justamente pelo PSF e pela ESF que um novo elemento passa a figurar e ganhar visibilidade na política de saúde: a população domiciliada.

De acordo com a mesma portaria fica a cargo dos agentes comunitários de saúde no processo de mapeamento o “diagnóstico demográfico e definição do perfil sócio econômico da comunidade, identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, realização do levantamento das condições de saneamento básico” (Portaria 1.886, Brasil, 1997, p. 97). Como recurso estratégico do dispositivo de segurança, a filiação da população à Saúde permite a coletivização de um fenômeno individual, ou seja, este conjunto de características sociais do sujeito (traços religiosos, perfil do meio ambiente, traços culturais) por intermédio da Política passa a ser coletivizado caracterizando um jogo de dupla vetorização, ao mesmo tempo em que individualiza, totaliza. Afirma Foucault (2008) que os dispositivos de segurança constituem-se em “mecanismos que são ao mesmo tempo coletivos e individuais” (p. 52). Nesta perspectiva, abrem-se campos de inteligibilidade para o governo da conduta da população por meio de marcas identitárias que designam o pertencimento de determinada população a determinado território.

Neste jogo de dupla vetorização, o dispositivo de segurança faz funcionar um elemento da realidade na própria realidade na medida em que os hábitos de uma população específica compõem categorias mais abrangentes que permitem organizar uma multiplicidade por meio de identidades sociais específicas, tais como: população

negra, indígena, ciganos, população agrária, imigrante. Isto constitui um complexo entre a população e o Estado no qual é justamente o agenciamento do território que figura como elemento que permite o esquadramento e regulação destas relações.

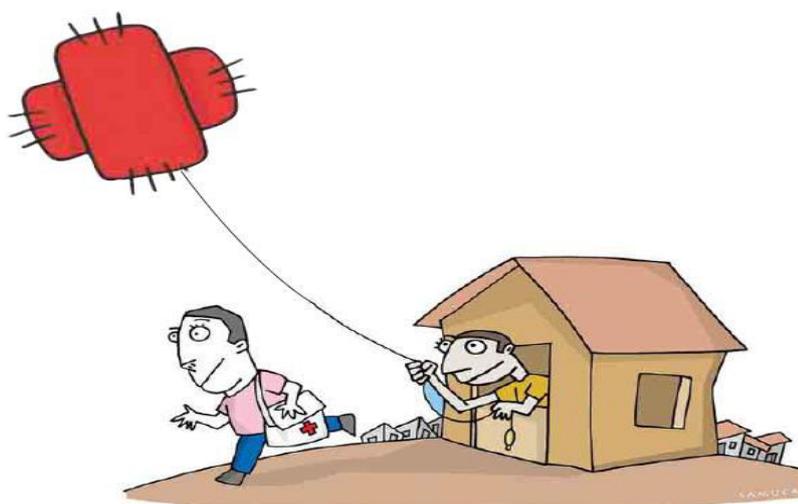
Neste sentido, emerge a partir da racionalidade territorial que opera a AB, uma estratégia de dupla fixação da população ao território. De acordo com a PNAB é uma diretriz da AB “adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” (Brasil, 2006, p. 02). Deste modo, a população é fixada primeiramente por meio da adscrição das residências pelas Equipes de Saúde da Família, onde o território assume a configuração de área de abrangência (localização); por outro lado, o território delimita-se a partir da própria população de modo que o trabalho das ESF se dirija “a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (Brasil, 2006, p. 02).

Não obstante, o trabalho da ESF delimita o território a partir da população por meio também da “identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade” (Brasil, 1997, p. 97). Aqui, a estratégia de fixação considera a dinamicidade do processo de territorialização populacional na formação de comunidades territórios. Nas palavras de Hillesheim e Bernardes (2014, p. 51), o território na AB “é tanto uma dimensão espacial que permite a fixação da população em comunidades delimitadas de pertencimento, quanto a fixação entre as pessoas por meio do vínculo com as equipes de saúde”. Neste sentido, a Política objetiva e se apoia em sociabilidades específicas da população. Ao dirigir ações planejadas de saúde à ‘comunidades territórios’ delimitados de acordo com sua identidade cultural, a Política, por intermédio do vínculo fixação-adscrição faz um elemento da realidade

(características populacionais) funcionar como balizador das estratégias de territorialização da Saúde.

Neste sentido, como uma tática da governamentalidade, o dispositivo que se utiliza as Políticas Públicas de Saúde compõe um complexo que engendra uma arte de governar (Foucault, 1984). Neste sentido a Política Pública apoia-se e age sobre a população, segmentarizando-a em comunidades de pertencimento ao mesmo tempo em que cria condições para a regulação política da vida no campo social.

### **Território-Moradia: a migração da clínica para o espaço doméstico**



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Como visto anteriormente, com as estratégias de territorialização em Atenção Básica, emerge um conjunto de práticas em saúde ao aproximar o território das condições de vida e dos hábitos populacionais. Deste modo, a Atenção Básica inaugura um modo de planejar a saúde com base essencialmente na demanda de acesso e na territorialização como diretriz política que ordena as ações em Atenção Primária. De acordo com a PNAB (2006, p. 02) a AB tem como diretriz o desenvolvimento de ações

com impacto nos “condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território”. Neste sentido, o olhar estratégico da AB sobre território permite racionalizar os determinantes e condicionantes da saúde com base na objetivação das condições de vida da população e acesso.

Também procuramos colocar em análise como a territorialização torna-se um dos pressupostos da AB como base estratégica para operacionalização de tecnologias de cuidado que pressupõe o vínculo verticalizado e o cuidado longitudinal em Saúde. Estas tecnologias de cuidado atuam especificamente intervenções médicas concomitantemente às intervenções da vida da população e somente tornam-se possíveis a partir de um foco sobre o território como (1) localização (área de abrangência); (2) zona de pertencimento do sujeito (comunidades território) e como (3) espaço de resolutividade em saúde. Especificamente em AB, o território resolutivo aparece compreendendo qualquer lugar que comporte ações em saúde (casas, academias da saúde, salões comunitários) engendrando relações específicas entre território e acesso na saúde.

Nesta medida, o território como estratégico das ações em saúde intervêm e apoia-se sobre a população, é racionalizando o território que emergem saberes sobre a população e que é possível intervir sobre a mesma. Como problematizado anteriormente, a operacionalização do território na AB atua uma estratégia de dupla fixação e dupla vetorização funcionando como uma tática do dispositivo de segurança. Assim, ao mesmo tempo em que é possível racionalizar o objeto população a partir do território, é possível regular esta população por meio da enunciação de verdades sobre seus hábitos, sociabilidades específicas, fluxos de acesso ao sistema entre outras variáveis expressas em perfis epidemiológicos, estatísticas e mapas da saúde por exemplo.

As estratégias do PSF e ESF operacionalizam as ações em AB a partir do “território-moradia – lugar de residência da família” (Brasil, 2007, p. 213) como referência para vinculação de famílias ao programa de saúde. É justamente por meio do território-moradia que um elemento começa a ter visibilidade nas políticas de saúde: a família. A família passa a ser alvo de investimentos e de regulação dos efeitos destes investimentos pelo vínculo estabelecido com as equipes de saúde da família - ESF. Porém, a família somente passa a ser visível nas políticas de saúde quando pertencem a um domicílio fixo, pois este aparece como um elemento da realidade que dá substância para a família como segmento da população. Nesse sentido, a família passa a ser regulada dentro de uma prática refletida de governo da vida como um objeto. A emergência do território-moradia como espacialidade de acesso a saúde, localização e vinculação das famílias, implica uma forma de poder disciplinar de controle sobre o corpo que se exerce pela “localização das famílias (cada uma em uma casa)” (Foucault, 2010, p. 211). Também constitui parte das estratégias de um dispositivo de segurança por meio de um processo de homogeneização (população domiciliada) ao mesmo tempo em que é de diferenciação, segmentarização da população. De acordo com Monken e Barcellos (2007):

O que caracteriza a existência do território da moradia é o próprio espaço da habitação, tendo como extensão territorial a delimitação do domicílio – casas (seus limites de terreno), apartamentos em condomínios residenciais, conjuntos habitacionais etc. Campo de atuação por excelência do PSF, os territórios da moradia delimitam problemas relacionados aos hábitos, comportamentos sanitários e posse de recursos individuais e de equipamentos domiciliares, como serviços de saneamento, eletrodomésticos etc. A análise da posse desses recursos

e a forma precária ou não de utilização no contexto domiciliar irão definir os contextos de vulnerabilidade para a saúde dos moradores do domicílio” (p. 215).

O território-moradia aparece nas políticas de saúde como uma composição segmentária dura, que demarca encadeamentos territoriais tal como: Saúde- população - território-moradia-família; estabelece um corte específico no plano territorial para a regulação da população, criando, por sua vez, territórios existenciais. Assim como afirma Deleuze e Parnet (1980) as máquinas binárias criam segmentaridades que compõe territórios existenciais e possibilidades de regulação da população. Deste modo, com o território-moradia torna possível emergir como objeto de regulação o segmento: território-moradia-família. De acordo com Deluze e Parnet (1980, p. 145):

Os segmentos dependem de máquinas binárias, muito diversas segundo as necessidades. Máquinas binárias de classes sociais, de sexos, homem-mulher; de idades, criança-adulto; de raças, braço-negro; de setores, público –privado; de subjetivações, em nós-fora de nós. Máquinas binárias complexas na medida em que se cortam ou chocam umas com as outras, se enfrentam, e nos cortam a nós mesmos em todos os sentidos. Máquinas binárias que não são meramente dualistas, mas dicotômicas podem atuar diacronicamente, se não é *a* nem *b* é *c*.

Consta na PNAB (2006), que o cuidado longitudinal e a construção do vínculo na relação entre Equipe de Saúde-sujeito tem como objetivo a “responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário” (p. 02). Nesta medida, a clínica médica adentra-se no espaço doméstico como o espaço privilegiado de controle da conduta da população a partir da vigilância e ajuste da minúcia do cotidiano como estratégia de governo da vida. De acordo com Foucault (1975, p. 340), caracteriza-se a “urgência de uma intervenção

exterior, de uma espécie de elemento mediador, ao mesmo tempo para analisar, controlar e corrigir”. A intervenção médica no espaço do domicílio ao operacionalizar as tecnologias de cuidado funciona como elemento mediador que controla, vigia e ajusta a conduta de um segmento populacional. Neste ponto, a Política Pública naturaliza o espaço doméstico como mais um lugar de resolutividade do território e uma porta de entrada para regulação da conduta populacional pelo poder médico.

Ao mesmo tempo em que a população domiciliada é colocada como sujeito desse poder, ela é objeto pelo qual é possível operar tecnologias de controle. De acordo com Foucault (1975, p. 340), “Em suma, reforçava-se a possibilidade de uma influencia da tecnologia médica sobre o feixe das relações intrafamiliares; garantia-se, melhor ainda, a ligação da família ao poder médico”. O território do domicílio passa a ser localização e espacialidade do acontecimento; este não aparece simplesmente como espaço de habitação da população domiciliada, mas como potencia agenciadora da população que permite a regulação de um segmento da população de modo que se possa “interferir no processo de saúde-doença da população” (Brasil, 2006, p. 07).

O problema colocado como urgência na AB é justamente o como se deve conhecer os determinantes e condicionantes da saúde com base nos hábitos da população acerca do processo saúde-adoecimento. Respondendo a uma urgência de governo populacional, a Política Pública amplia o acesso de modo a conhecer o cotidiano das pessoas, adentrar em suas casas e regular hábitos populacionais. Regula-se a minúcia do cotidiano com base na intervenção da clínica concomitante às intervenções da vida como as práticas populares de cuidado que são formas alternativas do sujeito se relacionar com o processo saúde-adoecimento. Portanto, a emergência da moradia como espaço do território de acesso e da família alvo de investimentos de Políticas Públicas de Saúde permite a migração não mais da população para as unidades de saúde, mas da

Equipe de saúde para as residências da população, para o interior do espaço privado, espaço onde os hábitos da população acerca do processo saúde-adoecimento são agenciados por outras linhas que não são as mesmas que operam na clínica.

Para Foucault (2010, p 221), “A instância da família medicalizada funciona como princípio de normalização”. A normalização como estratégia de segurança na AB acontece primeiramente com o estabelecimento do vínculo das famílias com os agentes de saúde, de modo a referenciar a população no território e estabelecer vigilância contínua dos espaços domésticos. Neste sentido, a política entra na interioridade das famílias constituindo o doméstico como um espaço privilegiado para regulação da conduta populacional. Estabelece-se uma vigilância contínua dos espaços privados e a regulação por um poder médico da minúcia do cotidiano da população. Neste sentido, como em um dispositivo de segurança não se arquiteta o meio, mas dirigem-se técnicas políticas para esse meio, de forma a racionalizar o território e o direcionamento de práticas de cuidado para regulação de populações referenciadas.

A problemática não se refere ao aparecimento da figura da população domiciliada, mas o como a política constitui o domicílio como espaço privilegiado de normalização, de controle, de ajuste da conduta populacional. A problematização da atualidade enquanto acontecimento volta-se justamente para o questionamento do presente na forma de um problema, volta-se para a problematização das condições de possibilidade das formas de enunciação da população, por exemplo. Nisto situa-se a problematização de uma Política Pública enquanto tecnologia que permite racionalizar ações em saúde e dar visibilidade ao que habita e como habita o interior dos espaços de privados.

Para a PNAB (Brasil, 2006) são atribuições de todos os profissionais da AB “praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor

intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade” (p. 08). A Política Pública não somente atua em aspecto macropolítico, mas permite adentrar-se no doméstico para ajustar, regular a instância micropolítica. De acordo com Deleuze e Guattari (1996, p. 90) “tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica”.

Ainda outros problemas foram suscitados, como a questão econômica, que permite a entrada do ACE e da ESF nas residências de famílias “pobres” que configuram um perfil vulnerável. Neste sentido, em que medida o espaço do domicílio torna-se público ou privado? Que família é esta que habita esses espaços de normalização da conduta? Como é possível pensar o território a partir de outras políticas como o SUAS que também tem acesso a residência dessa família? E como outras famílias que adotam o movimento como possibilidade de vida aparecem nas políticas de saúde?

### **Ainda outras implicações...**

Até este momento do ensaio pudemos colocar em análise as formas de enunciação de uma população a partir de estratégias políticas de territorialização em Saúde. Objetivou-se problematizar, a partir do território enquanto potência agenciadora da regulação da vida no campo social, as tecnologias políticas que atualizam a noção de população. Vimos como as políticas estabelecem regularidades populacionais como estratégia para organizar e segmentarizar uma multiplicidade como condição para normalizar uma população. Neste sentido, problematizamos o território como um elemento estratégico de um dispositivo de segurança que permite a produção de verdades e intervenção sobre a população domiciliada enquanto segmento populacional traduzida na noção de família a partir das políticas de saúde.

Primeiramente, analisamos a atualização da noção de população a partir do plano de Regionalização da Saúde que permite o avizinhamo entre os elementos Território-Acesso-Região de Saúde. Vimos que por meio do território enquanto Regiões de Saúde (sub-região nacional) se estabelecem regularidades no corpo populacional por meio de marcas de pertencimento ao objetivar condições de subsistência, saneamento básico, índice de pobreza e desigualdade e padrões de fluxo para o acesso. Nesta perspectiva, torna-se possível regular uma população a partir de estratégias de territorialização que permitem fixar, estratificar e vincular a população aos territórios resolutivos das Regiões de Saúde.

Não obstante, buscamos demonstrar também que a composição formada entre as tecnologias de cuidado e o território (espaço de resolutividade) na AB torna-se um acontecimento na medida em que possibilita novas formas do sujeito se relacionar com a saúde. Neste caso, não é mais o sujeito que migra para ser atendido em uma unidade de saúde, mas a Equipe de Saúde que migra para o local de habitação do sujeito naturalizando a residência como mais um local de resolutividade do território em saúde. A política ao naturalizar o espaço da residência como lugar de resolutividade passa a dar visibilidade para um segmento da população que está referencialmente domiciliada estabelecendo uma linha de segmentaridade dura: o território-moradia. Neste sentido, colocamos em análise como a partir do território um determinado segmento populacional ganha visibilidade e passa a ser estratégico para o governo da conduta populacional.

### **Terceiro Ensaio**

**Vigiar e assistir: o território na atenção básica e a racionalização do aleatório**

Este terceiro ensaio pontua desdobramentos sobre a problematização do território-moradia como fio condutor para pensar a relação entre território e acesso em saúde. O objetivo deste terceiro ensaio é colocar em análise como a Política Pública constitui a noção de caso a partir da vigilância de práticas individuais (saúde-adoecimento) por meio do território-moradia enquanto localização e espacialidade do acontecimento (gestão do aleatório). Para tanto, problematiza-se a vigilância como um dos mecanismos de gestão de riscos em saúde. Neste sentido, pretende-se discutir primeiramente como a vigilância articulada a assistência em atenção básica permite a criação da oferta de acesso e políticas promocionais de saúde com base na totalização do caso individual enquanto estratégia de um dispositivo de segurança e biopolítica. Posteriormente, discute-se a relação entre a regulação dos hábitos da população domiciliada e a vigilância como estratégia de intervenção-conhecimento populacional. Neste momento, a trajetória do cuidado emerge como potência interrogadora do modo de operar com o território no que se refere a articulação entre tecnologias da vigilância no campo de atuação da Atenção Básica. Pontua-se ao decorrer do texto, de que modo as políticas como tecnologias de segurança engendram práticas de poder atuais e processos de subjetivação.

No ensaio anterior mostramos que por meio da diretriz política de Regionalização o território ganha dimensão das Regiões de Saúde (sub-região nacional)

aproximando de forma estratégica a relação entre território e o acesso das necessidades populacionais de saúde. A partir do modelo de Regionalização iniciado na Noas (Brasil, 2001) foi possível estabelecer um foco sobre o território como elemento considerado na identificação de prioridades e garantia de acesso viabilizando o princípio de integralidade do SUS. Ao problematizar o acesso como condição estratégica para regulação populacional e operacionalização da Política de Saúde, a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família emergiram na pesquisa como potenciais zonas de tensionamento na medida em que se constituem como principais vias de acesso e ordenadoras da continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde. Não obstante, foi visto que a estratégia de mapeamento na Atenção Básica atualiza a noção de acesso na saúde avizinhandando a relação entre território e condições de vida pressupondo a racionalidade de vinculação-fixação da população a um referencial fixo no espaço: o território-moradia.

Em suma, procuramos mostrar como a Política Pública torna o território uma potência agenciadora das condições de vida populacional e cria um campo possível para operar a racionalização de tecnologias heterogêneas como o mapeamento. No segundo ensaio, contextualizou-se como problema, não o mapeamento em si, mas a racionalidade que opera uma tecnologia heterogênea e que engendra a relação acesso-território no campo da atenção básica. A problemática, portanto, foi circunstanciada a partir das estratégias de regulação do poder médico que toma a relação entre território e acesso na saúde como tática para normalizar uma população por meio da regulação e visibilidade de um segmento populacional específico: a população domiciliada. Ademais, interrogamos o modo como a política constitui o espaço doméstico como espaço privilegiado de normalização da população, atualizando os modos como o poder médico pode “interferir no processo saúde-doença da população” (Brasil, 2006, p. 07).

Neste sentido, juntamente com a emergência da segmentaridade dura: território-moradia, emerge uma nova forma de se operar a noção de risco e de vulnerabilidade social delimitando “problemas relacionados aos hábitos, comportamentos individuais, e de equipamentos domiciliares (...) a posse desses recursos e a forma precária ou não de utilização no contexto domiciliar” (Monken e Barcellos, 2007, p. 215).

Neste sentido, o segundo ensaio permitiu circunstanciar outras problemáticas tais como a noção emergente de caso individual a partir da vigilância médica acerca dos hábitos da população no território delimitado da moradia. Ademais, neste momento, questiona-se como a Política Pública permite a emergência de tecnologias de controle com base no avizinhamo entre vigilância e assistência, dando condições também para visibilidade de outros elementos neste processo.

A relação entre território e acesso como parte de uma estratégia de segurança aparece como problemática inicial da pesquisa. Como já visto, a partir desta articulação (território-acesso) a Política possibilita criar um plano de composição possível entre intervenções do Estado e população. A relação de reciprocidade entre estas duas ferramentas operativas e avaliativas do Sistema de Saúde conduziu a produção das problemáticas suscitadas no decorrer da pesquisa na medida em que sua articulação torna possível tanto a estabilização de uma política pública quanto a intervenção do Estado sobre os acontecimentos da vida com base na objetivação-conhecimento da população. Neste terceiro ensaio, discute-se, portanto, como a partir da ampliação do acesso na atenção básica por meio da naturalização do território-moradia torna-se possível a articulação do território da vigilância com o território de atuação da atenção básica permitindo a regulação dos hábitos da população por meio de um poder médico que se engendra na minúcia do cotidiano das pessoas.

Para tanto, neste terceiro ensaio colocaremos em análise o modo como a

articulação entre vigilância e assistência em atenção básica atua sobre a produção de verdade e intervenção nos hábitos populacionais a partir da compatibilização entre territórios de atuação e as relações que se tecem entre individual-coletivo. De acordo com Foucault (2008, p. 87) o dispositivo de segurança faz funcionar “a relação coletivo/indivíduo, totalidade do corpo social/fragmentação elementar”. Neste sentido, pontuam-se os modos como a Política Pública engendra mecanismos de coletivização de fenômenos individuais (Processo saúde-adoecimento da população domiciliada) a partir da noção de caso como condição de gerência do aleatório. O território-moradia como elemento que dá visibilidade a população domiciliada permite focalizar e espacializar o caso dando condição de possibilidade para a gerência e racionalização do acontecimento em saúde.

O aleatório como “algo sobre o que não se tem controle” (Foucault, 2008, p. 41) emerge como acontecimento que se remete àquilo que escapa à Política e que é inerente à vida enquanto movimento de corpos mediante aquilo que os afeta (processo saúde-adoecimento). Porém, a Política como meio de articulação entre Estado e população, cria mecanismos a partir da relação entre território e acesso que oferecem visibilidade a problemas populacionais e garantem a estabilização da própria Política. Deste modo, a racionalização do aleatório aparece como fio condutor da análise na medida em que oferece condição de possibilidade para operar sobre um meio a partir de acontecimentos possíveis, ou seja, torna possível criar e operar sobre um meio a partir do imprevisível.

A vigilância emerge como um dos elementos de gestão de riscos enquanto procedimento e contextualiza a problemática na medida em que também permite aproximar a figura da população à economia política, marcando de forma específica relações de poder entre Estado e sociedade. Deste modo, como estratégia metodológica deste terceiro ensaio vamos discutir primeiramente as relações retroalimentativas que se

tecem no sistema de saúde entre a assistência e a vigilância e que são objetivadas por meio do Planejamento de Saúde (Instrumento da saúde pública) para poder pensar como as Políticas de Saúde totalizam o caso individual. Deste modo, a primeira composição da superfície de inscrição coloca em suspensão a relação que se estabelece entre Planejamento de saúde – assistência – vigilância, para poder pensar na relação que se torna possível entre Caso – população – regulação do aleatório.

Como materialidades trabalhadas neste terceiro ensaio, contamos com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006); Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006); Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (Brasil, 2006); Portaria 1.007 (Brasil, 2010); Portaria 1.271 (Brasil, 2014); Portaria 204 e 205 (Brasil, 2016);

Portanto, o ensaio conta com o seguinte itinerário: (1) Colocar em análise a articulação entre vigilância e assistência na atenção básica a partir das materialidades; (2) Discutir os mecanismos que atuam na totalização do caso individual como estratégia de segurança e a emergência da racionalização da imprevisibilidade do acontecimento; (3) Pontuar de que forma o território-moradia enquanto base territorial possibilita a espacialização e localização do aleatório como requisito para estabilização da Política e intervenção-conhecimento sobre os acontecimentos da vida; (4) Discutir como a trajetória do cuidado, interroga, mobiliza e modifica o modo de operar a relação entre território e acesso na atenção básica e a produção de modos de subjetivação atuais.

### **Vigilância e assistência na Atenção Básica**

A Política Pública enquanto tecnologia de segurança inscreve-se na produção de um plano de realidade para intervenção na população. A Política Pública aparece como um dos elementos que produzem um regime de veridicção (Foucault, 2000), pois permite as condições possíveis para o avizinhamo entre elementos heterogêneos

como condição de possibilidade para dar visibilidade a um foco da realidade. A questão que nos foi suscitada interroga como surge a noção de caso a partir da aproximação entre tecnologias da vigilância com tecnologias da assistência na Atenção Básica como condição de possibilidade para visibilidade de problemas populacionais. Esta articulação torna-se alvo da discussão porque permite a notificação do caso individual (produção de conhecimento) ao mesmo tempo em que a intervenção pela assistência (ajuste dos hábitos populacionais) implicando em um mecanismo que é simultaneamente de produção de verdade e de intervenção em uma realidade.

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (Brasil, 2006, p. 18) “A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção”. A articulação entre vigilância e assistência coloca-se como condição de possibilidade para a integralidade, que por sua vez, atua como princípio doutrinário do SUS e pressupõe a articulação entre serviço-território-acesso para a garantia de cuidado em todos os níveis de complexidade do sistema. Neste sentido, como urgência para o atendimento do princípio de Integralidade, a Política torna possível a assistência articular-se com a vigilância justamente por meio do território, tornando-o um campo de forças agonísticas que permite a homogeneização de um plano onde articulam-se elementos heterogêneos. Aqui a Política Pública aparece como uma tecnologia que constitui parte de um dispositivo, pois arranja as condições estratégicas para que se articulem elementos heterogêneos como resposta a urgências, configurando certa manipulação de relações de poder. Deste modo, o dispositivo segundo Foucault (1984) implica:

(...) manipulação das relações de força, de uma intervenção racional e organizada nestas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc... O

dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam. (p. 139)

Neste jogo onde se articulam tecnologias heterogêneas, o processo de territorialização da vigilância com a atenção primária se dá gradativamente com a incorporação dos Agentes de Combate de Endemias (ACE) com as Equipes de Saúde da Família (ESF). Regulamenta-se a incorporação do Agente de Combate às Endemias na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. De acordo com a portaria 1.007 (Brasil, 2010) “A incorporação dos ACE nas equipes de SF pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos Agentes Comunitários de Saúde e do Agente de Combate às Endemias” (p. 02). Neste sentido, a integração de bases territoriais da vigilância com a assistência em saúde promove um movimento de desterritorialização e reterritorialização na saúde (Deleuze e Parnet, 1977). É importante destacar este ponto, pois a integração dos territórios-serviços não implica meramente a operacionalização de novas tecnologias no campo da atenção básica, mas implica novas formas de se racionalizar a demanda de saúde.

Não se trata, portanto, de uma simples articulação, mas da possibilidade de atualização do território-serviço da atenção básica justamente a partir de uma relação de reciprocidade que se produz entre tecnologias heterogêneas. Com o movimento de territorialização na atenção básica o território torna-se um híbrido (Latour, 1994), pois a partir dele se articulam diferentes tecnologias (vigilância e assistência) para tornar possível operar um mesmo plano composicional. O híbrido para Latour (1994) é um operador conceitual que permite pensar uma crítica à purificação dos objetos a partir da modernidade. O híbrido se refere aos objetos como efeitos de processos de articulações

entre elementos heterogêneos; no caso, o território na saúde torna-se um híbrido na medida em que tecnologias da assistência e da vigilância se articulam para poder formar um mesmo plano de composição.

Neste sentido, é justamente pelo território enquanto ‘híbrido’ que se torna possível homogeneizar um plano e uma multiplicidade. O problema não está apenas na vigilância, mas nos modos como se focaliza os problemas populacionais pela articulação entre vigilância e assistência e como a partir desta articulação o território se constitui um plano homogêneo para atuar uma intervenção possível sobre a população.

A vigilância na atenção básica ao mesmo tempo em que permite dar visibilidade a certos problemas populacionais e investe em certas possibilidades de vida localizadas no território da moradia, também implica na regulação dos modos como a população deve viver, no ajuste de hábitos cotidianos para não adoecer. Deste modo, permite-se inserir na minúcia do cotidiano da população uma vigilância contínua sobre os seus hábitos e sobre o que condiciona e determina saúde; ou seja, sobre o que deve ser vigiado. De acordo com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (Brasil, 2006, p. 21):

Essa política objetiva a promover a qualidade de vida, empoderando a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

O modelo moderno de vigilância foi disseminado a partir de Willian Farr no séc. XIX, pela implantação de um sistema de coleta, análise e divulgação estatísticas e volta-se para o “acompanhamento sistemático de doenças na comunidade” (Waldman, 2006, p. 514). As informações coletadas e analisadas pela vigilância em saúde pública são

atualmente traduzidas nas formas de Boletins Epidemiológicos (Brasil, 2009) que fundamentam intervenções médico-sanitárias. Os Boletins epidemiológicos constituem-se, portanto, como um instrumento de disseminação de informações sobre a distribuição de casos de doenças e agravos em uma população.

Não obstante, a vigilância permite o acompanhamento longitudinal dos casos e sua distribuição espacial expressos em Mapas da Saúde (Brasil, 2011) que, por sua vez, traduzem hipóteses sanitárias sobre o processo saúde-adoecimento na comunidade. Deste modo, a vigilância em saúde pública focaliza determinados problemas populacionais e permite o monitoramento do comportamento de doenças baseado em fatores tais como o movimento da população, migrações e demais aspectos relacionados aos hábitos da população, ou seja, aquilo que constitui a população como “conjunto de fenômenos naturais” (Foucault, 2008, p. 473). Neste sentido a vigilância operacionaliza o estabelecimento de sistemas de informações que permitem a produção de conhecimento e a centralização das informações sobre fatores condicionantes de doenças e programas de controle na comunidade como forma de gerência e regulação dos acontecimentos populacionais.

Neste sentido, a partir dos instrumentos que dispõe a vigilância, emerge uma condição de possibilidade para a visibilidade do caso a partir da duração do fenômeno no que se refere ao acompanhamento longitudinal de doenças e de sua espacialidade no que tange a localização e distribuição geográfica do caso. Portanto, a vigilância como um dos mecanismos de gestão de riscos dá visibilidade a “fenômenos que se desenvolvem essencialmente na duração, que devem ser considerados num certo limite de tempo relativamente longo” (Foucault, 2010, p. 206).

Com a implantação do SUS, a epidemiologia como campo de conhecimento e organização das práticas em saúde amplia sua finalidade, possibilitando racionalizar

também os riscos de doenças crônicas não transmissíveis e de mortalidade por acidentes e violência. No que se refere a mudança na vigilância epidemiológica após a criação do SUS, Drumond Jr. (2006) afirma que:

A mudança mais abrangente foi a retomada de seu compromisso histórico com a ampliação da sua atuação no campo da promoção da saúde, reconhecendo a determinação de agravos em contextos mais amplos e incorporando aspectos tais como os ambientais, socioeconômicos e culturais. Esta tendência levou ao desenvolvimento do conceito de vigilância em saúde e da incorporação dos diagnósticos ampliados nas análises da situação de saúde que passaram a valorizar as desigualdades sociais e riscos ambientais na determinação de agravos e padrões epidemiológicos. (p. 447)

A definição do caso em saúde pública constitui-se uma das principais etapas de investigação em vigilância, e sua operacionalização traduz o que deve ser foco de investigação e controle contínuo. Para Waldman (2006, p. 516), “a notificação compulsória de doenças, instituída no final do séc. XIX, constituiu importante precursor da vigilância sendo até hoje utilizada como estratégia para o melhor conhecimento do comportamento de doenças na comunidade”. A notificação compulsória aparece como um instrumento da vigilância epidemiológica que objetiva a comunicação da ocorrência de casos individuais e também no que se refere a agregados de casos ou surtos relacionados na lista de agravos (Brasil, 2016).

As portarias 204 e 205 do Ministério da Saúde aparecem em 2016 como a composição da lista de Notificação Compulsória atualizando os casos possíveis de notificação, ou seja, essas portarias fazem parte de um recurso infraconstitucional que traduzem a noção de caso como aquilo que deve ser notificado enquanto Eventos de Saúde, agravos ou doenças. Neste sentido, estas portarias demarcam a produção de

conhecimento em vigilância epidemiológica em saúde pública, substancializando intervenções que se iniciam na notificação individual para a totalização dos casos em um contexto coletivo. Neste sentido, é também pela articulação possível entre tecnologias da assistência com as da vigilância no território que as necessidades de saúde passam a ser alvo das ações de promoção de saúde, como forma de “reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006, p. 17).

Para Foucault (2008), a partir do avizinhamo entre ciência médica e estatística emerge a noção de caso que não é o caso individual, mas a maneira de individualizar o fenômeno coletivo da doença. É, portanto, na quantificação de casos que vai se integrar no interior do campo coletivo, fenômenos individuais, tornando possível a regulação de uma multiplicidade. Neste sentido, a articulação entre tecnologias heterogêneas no território da atenção básica permite que se estabeleça um jogo entre individual-coletivo na produção de conhecimento sobre os determinantes e condicionantes de saúde na comunidade, engendrando uma “superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população” (Foucault, 2010, p. 213). Nesta medida, as notificações individuais na assistência tornam-se totalizadas no plano coletivo a partir da noção de caso expressa em portarias, boletins epidemiológicos, mapas da saúde e perfis epidemiológicos.

A articulação entre tecnologias de vigilância e assistência envolvem um ciclo retroalimentativo; ou seja, as notificações individuais compõe uma noção de caso coletivo da doença enquanto demanda. Por sua vez, as objetivações coletivas do caso (perfis epidemiológicos e mapas da saúde) confirmam as notificações individuais. Neste sentido, a noção de caso não implica uma cesura no tecido coletivo, mas é justamente pela integração do caso individual como um fenômeno coletivo que o dispositivo de

segurança consegue “levar em conta o conjunto sem descontinuidade” (Foucault, 2008, p. 81).

Este ciclo retroalimentativo demarca um movimento de vigilância das necessidades coletivas ao ajuste da conduta individual pela assistência; demarca o movimento da assistência individual à determinação do que deve ser vigiado coletivamente. Isso assinala a “lei enquadrada por mecanismos de vigilância e correção” (Foucault, 2008, p. 08). As tecnologias de segurança, disciplinar e o jurídico-legal engendram-se nos mecanismos políticos de regulação da vida.

Deste modo, a articulação entre tecnologias de vigilância e assistência podem aparecer amalgamadas nas três técnicas: o jurídico-legal na ordem das leis, o disciplinar na série de técnicas médicas prescrevendo o modo de vida da população, o ajuste dos seus hábitos, prescrevendo os espaços que devem ocupar, a trajetória de cuidado que devem seguir. Também aparece como tecnologia de segurança atuando no esquadramento da população, na regulação da vida, no controle e vigilância dos acontecimentos aleatórios de uma população. De acordo com Foucault (2010, pp. 212-213):

(...) o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar da mesma forma ao corpo e à população, que permite controlar a ordem do disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”.

De acordo com Vasconcelos (2006, p. 573) com a implementação do Pacto pela Saúde “vislumbra-se a possibilidade de se avançar para uma alocação de recursos com base em programação de ações contidas nos planos de saúde e mais próximas das necessidades de saúde da população”. No caso da saúde pública, o planejamento de

saúde enquanto normatividade, emerge como instrumento que atualiza os modos de racionalizar as necessidades de saúde baseado na focalização de problemas comunitários, ou seja, afirma de que modo se torna possível articular a assistência com a vigilância para visibilidades de certos problemas populacionais.

Consta no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) que considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, constitui-se como um dos tópicos essenciais para a pactuação, a “Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS” (p. 34). Neste sentido, o Planejamento de Saúde já pensado desde o projeto preventivista por meio de uma racionalidade economicista que “fixava como básica a relação custo-benefício” (Nunes, 2006, p. 23), figura como instrumento de Saúde Pública que efetua as formas como se devem articular tecnologias da vigilância com as de assistência em atenção básica para produção de verdade-intervenção sobre a população. De acordo com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (Brasil, 2006):

O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde é pautado pela análise da situação de saúde na identificação das condições, dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população, dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde, e estabelece as condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência em saúde. (p. 99)

No processo de planejamento de saúde, considera-se a análise situacional das condições de acesso de uma população aos serviços ofertados pelo sistema, as condições ambientais, socioeconômicas da população e a capacidade de oferta de serviços no território. O planejamento de saúde ao se constituir como a tradução das necessidades de saúde da população, figura como instrumento e técnica de intervenção

para produção de conhecimento e racionaliza as formas como a demanda de saúde deve entrar nos cálculos de governo para se tornar necessidade de saúde.

O problema se produz a partir das estratégias políticas que constituem o que deve ser vigiado, analisado, centralizado e divulgado, operando a articulação entre assistência e vigilância como elemento de um regime de veridicção (Foucault, 2000) que cria uma racionalidade nas formas de operar com o território e sua relação com o acesso, do esquadramento populacional, das condições de assujeitamento às normas. De acordo com Foucault (2008, p. 49) “o regime de veridicção não é uma certa lei da verdade, mas sim o conjunto das regras que permitem estabelecer, a propósito de um discurso dado, quais enunciados poderão ser caracterizados, nele, como verdadeiros ou falsos”. Neste caso, a problemática demarca o modo como se produz conhecimento a partir da vigilância para fundamentar intervenções na assistência e regulação dos hábitos de um segmento populacional no território da atenção básica.

### **Demanda de acesso e regulação do aleatório**

No caso da Atenção Básica, o acesso deve ser condicionado a uma demanda específica das necessidades de saúde da população. De acordo com a PNAB (Brasil, 2006) se constitui enquanto uma das diretrizes da Atenção Básica a “articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins” (p. 03). Neste sentido, as tecnologias de cuidado e gestão produzem visibilidades a problemas populacionais a partir da captura dos acontecimentos, dos movimentos, da aleatoriedade inerente a vida e que investem na diminuição dos riscos e de agravos a saúde, ou seja, investem em certas possibilidades de vida.

O conhecimento sobre a demanda de saúde está atrelado a um processo de territorialização em Atenção Básica, assim como afirma Faria (2013, p. 135) que “o

ponto de partida para o desencadeamento da territorialização (...) é o próprio serviço conforme sua capacidade de oferta”. Neste sentido, regula-se a demanda pela oferta de serviços no território de adscrição. Neste modelo territorial de atenção à saúde, nem toda demanda torna-se necessidade de saúde da população. A tríade “serviço-território-população” (Monken e Barcellos, 2007, p. 212), torna-se subsumida à capacidade de oferta de acesso do sistema de saúde.

Em artigo Braga et al. (2016) problematizam as lacunas na assistência à população existentes entre os serviços de saúde ofertados e as necessidades da demanda. Neste estudo, analisa-se as produções científicas no que se refere a configuração das relações entre oferta, demanda e necessidades relacionadas à atenção domiciliar em saúde. Segundo os autores, “há um descompasso entre a lógica sob a qual se organiza essa oferta – a da racionalização de custos – e a demanda e necessidades de saúde da população” (Braga, et al. 2016, p. 905). Identifica-se uma lacuna entre oferta, demandas por cuidados e as necessidades em saúde, evidenciando muito mais a racionalização dos custos pensando no planejamento e gestão de saúde, do que na assistência as necessidades de saúde que se colocam como demanda.

Pensar a relação entre oferta e demanda torna-se importante, pois é a partir da racionalização da demanda que se pode dar visibilidade a um “problema populacional”. Neste sentido, conforme os acontecimentos que são regulares e próprios da população, a demanda se atualiza e a oferta passa a ser específica para determinados grupos populacionais. Por exemplo, a demanda por assistência em saúde tem se atualizado e com o decorrer do envelhecimento e aumento da expectativa de vida da população, há tendência do aumento de casos de doenças crônicas que caracterizam mudanças no contexto demográfico e epidemiológico no Brasil e que necessitam de cuidado e vigilância contínua. De acordo com Braga et al. (2016, p. 904) “A demanda por essas

modalidades de cuidado domiciliar ganhou impulso com o aumento da visibilidade do processo de envelhecimento populacional brasileiro”.

De acordo com a PNAB (Brasil, 2006) um dos objetivos da atenção básica é a “integração de ações programáticas e demanda espontânea” (p. 01) conseguinte articulação das ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Neste ponto a Política manipula a articulação entre vigilância e assistência como parte de um jogo estratégico que atende às urgências de demanda que se atualizam com a população. As estratégias de promoção e prevenção trabalham com a racionalização das necessidades de saúde de uma população específica espaço-temporalmente contextualizada, assim como afirma a PNAB (Brasil, 2006, p. 01), as ações em saúde são “dirigidas a populações de territórios bem definidos (...) considerando a dinamicidade no território em que vivem essas populações”.

Neste sentido a vigilância torna-se um mecanismo de gestão de riscos na medida em que torna possível a racionalização do imprevisível (espontâneo) por meio da antecipação da demanda (Programático). Porém, este ponto abre questionamentos para a forma como é racionalizada a previsibilidade do acontecimento no território da atenção básica. É justamente a racionalização da previsibilidade, ou tornar previsível o imprevisível, que dá estabilidade para a Política, no sentido de que ela atua na captura dos acontecimentos da vida e opera as condições de convertibilidade (Deleuze e Parnet, 1977) da demanda de acesso para as necessidades de saúde no território.

Ainda como desdobramento daquela primeira interrogação, questiona-se como ocorre a totalização do caso individual que oferece um plano possível para pensar um fenômeno coletivo em termos de probabilidade, de modo a operar certa modalidade de subjetivação que se constitui pelo duplo individual-coletivo. A relação que se engendra neste duplo marca uma racionalidade específica que permite operar os fenômenos

imprevisíveis individuais em um plano coletivo ao estabelecer “constantes que é fácil, ou em todo caso possível estabelecer” (Foucault, 2010, p. 206). Neste caso, engendra-se uma racionalidade específica que permite que o individual seja substancializado num jogo de constantes coletivas que marcam a emergência da população e de sua naturalidade intrínseca.

Com o movimento de reterritorialização da AB promovido pela incorporação do território de serviços da vigilância, o programático passa não somente a subsumir a demanda espontânea como também torna a imprevisibilidade como parte da constância dos fenômenos de uma população, com um elemento da realidade passível de captura a partir da estatística do caso. Neste sentido, a Política Pública arranja condições em que “é ao mesmo tempo uma análise do que acontece e uma programação do que deve acontecer” (Foucault, 2008, p. 53). Torna-se possível, portanto, programar intervenções a partir do aleatório e sobre o aleatório enquanto acontecimento da vida.

De acordo com Foucault (2008) as técnicas de vacinação essencialmente preventivas no séc. XVIII “permitia pensar o fenômeno em termos de cálculo de probabilidades” (p. 77). A noção estatística do caso enquanto uma racionalização das necessidades de saúde populacionais e fundamentação para programação de ações em saúde permite pensar o fenômeno coletivo da doença em termos de probabilidades deste evento ocorrer. Deste modo, a partir da noção de caso, é possível pensar a noção de risco como uma racionalização do acaso, da probabilidade de se contaminar, de morrer ou de curar. A visibilidade que a racionalização dos riscos produz sobre problemas populacionais demarca uma aproximação específica entre tecnologias da assistência com tecnologias da vigilância, entre estatística e saúde.

A estatística do caso torna possível a racionalização do risco em saúde como uma margem probabilística para operar ações programáticas em saúde. Neste sentido,

segundo Hünning (2007, p. 146), o risco aparece “como algo que extrapola as tecnologias arquitetadas pela razão”. A categoria ‘risco’ ao produzir conhecimento sobre uma realidade, por meio de mecanismos políticos de gestão, passa a ser subsumida a objetivações probabilísticas, segmentariza o corpo populacional (números de homens, mulheres, idosos, hipertensos, gestantes, pobreza), homogeneíza uma multiplicidade tornando possível a regulação de uma população. Assim, o mecanismo que engendra a articulação entre assistência e vigilância em saúde “agrupa os efeitos de massa próprios de uma população, que procura controlar uma série de eventos fortuitos que podem ocorrer em numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar a probabilidade desses eventos” (Foucault, 2010, p. 209).

Para Foucault (2008), no que se refere à emergência da população como elemento a ser considerado numa prática refletida de governo, sua naturalidade “aparece na constância dos fenômenos que se poderia esperar que fossem variáveis, pois dependem de acidentes, de acasos, de condutas individuais, de causas conjunturais” (p. 97). A aproximação entre vigilância e assistência permite que a conduta individual possa compor um conjunto de regularidades que dizem respeito a totalidade do corpo populacional. Deste modo, a racionalização dos riscos pela probabilidade dos casos em saúde é estratégica para dar substancialidade aos acontecimentos populacionais que dependem de condutas individuais, de acasos, da aleatoriedade.



Isso marca o aparecimento da população como um “objeto técnico político de uma gestão e um governo” (Foucault, 2008, p. 92), na medida em que nem toda oferta de acesso absorve toda demanda de saúde, mas que toda necessidade de saúde coletiviza e substancializa cada demanda individual por meio de mecanismos políticos. Neste sentido, a população aparece como um objeto técnico passível de ajuste, regulação, fazendo funcionar um elemento natural (condutas individuais, acasos, aleatoriedade) na totalidade coletiva (necessidade de saúde). Neste sentido, a Política Pública atua de acordo com Foucault (2008, p. 87) “o conjunto dos mecanismos que vão tornar pertinentes, para o governo e para os que governam, fenômenos bem específicos, que não são exatamente os fenômenos individuais”.

A Política Pública a partir do duplo individual-coletivo constituem certos modos de subjetivação atuais que circunscrevem os fenômenos individuais em totalidades coletivas, que localiza e substancializa o caso em um corpo coletivo como, por exemplo, a expressão do caso no Mapa da Saúde enquanto estatística georeferenciada. Não obstante, esta forma de materializar a produção de conhecimento por meio dos instrumentos da vigilância, compreendem especificamente uma “distribuição de casos numa população que será circunscrita no tempo ou no espaço” (Foucault, 2008, p. 79), como tática de estabilização da própria Política.

Ademais a vigilância ao estabelecer a noção de caso também visibiliza a duração do fenômeno por meio do policiamento contínuo das notificações que estabelecem padrões longitudinais do caso. De acordo com Foucault (2010, p. 207), “A biopolítica vai se dirigir, em suma, aos acontecimentos aleatórios que ocorrem numa população considerada em sua duração”. Como já pontuado, a visibilidade ao acontecimento que a vigilância proporciona, deve-se tanto a possibilidade de apreensão do fenômeno pela sua duração em termos de longitudinalidade do acontecimento quanto pela sua

espacialidade enquanto localização do acontecimento. Neste sentido, a vigilância atua também como um dos procedimentos de gestão de riscos, no sentido que ela permite pensar o fenômeno a partir de sua probabilidade e localizar a imprevisibilidade espaço-temporalmente.

### **A espacialização dos acontecimentos da vida: localização do aleatório**

O plano de organização territorial das Políticas de Saúde torna-se uma categoria avaliativa e operativa do sistema de saúde. É avaliativo na medida em que possibilita o acompanhamento e localização dos casos em saúde e seleção dos elementos das dimensões geográficas e sociais que atuam como determinantes e condicionantes de saúde. Também se constitui enquanto categoria operativa na medida em que é sobre o plano territorial que são organizadas as ações de saúde e a emergência de um saber sobre o corpo populacional. Neste sentido, a vigilância em saúde e a epidemiologia consideram dentre outros fatores, a relação entre doença, espaço e determinados grupos que ocupam estes espaços, assim como afirmam os estudos sobre a importância da variável espacial para a análise de casos em saúde (Fonseca, Hacon, Reis, Costa & Brown, 2016; Alves, Magalhães e Coelho, 2014; Bühler, Ignotti, Neves & Hacon, 2014; Teixeira, Gracie, Malta & Bastos, 2014).

Mais do que simplesmente uma categoria operativa e avaliativa das políticas, o plano de composição territorial aparece como uma organização virtual que torna possível a relação entre os acontecimentos da vida e a Política. Neste sentido, a Política Pública ao aproximar as práticas de saúde ao cotidiano das pessoas permite que a saúde focalize determinados problemas e necessidades sociais de saúde. No momento em que o acesso se articula com o território na atenção básica, a Política organiza um plano possível para a saúde operar sobre os acontecimentos da vida, determinar o que deve ser condicionante e determinante de saúde, racionalizar o aleatório.

A localização do aleatório enquanto acontecimento da vida permite a estabilidade da Política de atenção básica e do atendimento do princípio de integralidade, no sentido de que é por meio da articulação entre tecnologias heterogêneas no tecido territorial que se torna possível a captura do acontecimento, da aleatoriedade e inscreve-la em perfis epidemiológicos e mapas da saúde como forma de organizar uma multiplicidade em movimento, em circulação.

A Política Pública enquanto tecnologia de segurança dirige técnicas ao meio, operacionaliza o território de modo a oferecer substancialidade ao acontecimento referenciando-o no espaço e no tempo. De acordo com Foucault (2008, p. 27), “A segurança procura criar um ambiente em função dos acontecimentos possíveis”. Neste sentido, a segurança enquanto tecnologia não arquiteta o território propriamente, mas dá visibilidade a um elemento da realidade (hábitos populacionais) naturalizando um ambiente (território-moradia) em função dos acontecimentos possíveis. É justamente a partir da Política que o espaço se torna tanto alvo das ações de saúde quanto aquilo que permite dirigir as ações em saúde, torna-se objetivo e instrumento de um poder ao mesmo tempo.

Deste modo, o território-moradia como segmentaridade dura (Deleuze & Parnet, 1977), ao dar substancialidade (localização) ao acontecimento que depende dos acasos e condutas individuais, permite que se crie zonas de articulação enquanto um ponto de encontro entre o cotidiano da população e o sistema de saúde. Enquanto composição heterogênea, o território permite que a assistência e vigilância adentre nos espaços privados das residências e ajuste condutas, ao mesmo tempo em que ocorre a atualização do que deve ser vigiado, localizando os acontecimentos da vida em seus aspectos fixos e fluxos (circulação, migrações). A Política territorializa assim formas de viver, a partir do ajuste dos hábitos, da captura do que deve ser vigiado, da inscrição da

população em perfis epidemiológicos, do uso dos seus espaços domiciliares. Cria-se deste modo certa modalidade de experiência da relação que se estabelece entre sujeito domiciliado e o sistema de saúde.

Deste modo, a Política Pública no campo da atenção básica ao naturalizar o território-moradia como mais um local de acesso a saúde, vigia a minúcia do cotidiano permitindo a regulação até sobre “o grão mais fino dos comportamentos individuais” (Foucault, 2008, p. 87). Emerge a partir da atualização da relação entre território e acesso pela AB, a forma do Estado executar permanentemente e minuciosamente a “revista da população” (Hillesheim & Bernardes, 2015, p. 134).

Foucault (2008, p. 27) afirma que “o espaço próprio da segurança remete, portanto, a uma série de acontecimentos possíveis, remete ao temporal e ao aleatório, um temporal e um aleatório que vai ser necessário inscrever num espaço dado”. A Política Pública, portanto, busca referenciar o aleatório no espaço criando linhas de segmentaridade dura que permitem a regulação da conduta populacional e a criação de territórios existenciais, de formas de subjetivação. O território-moradia como segmentaridade dura, ao abrir territórios existenciais, não somente oferece visibilidade a um determinado segmento populacional, mas permite a localização do aleatório, a focalização e direcionamentos de técnicas políticas sobre um dos meios onde a vida acontece.

O aleatório como algo inerente à vida é colocado em uma posição virtual, tanto a racionalização do caso passa a subsumir o aleatório a partir da totalização de fenômenos individuais, quanto a racionalização do território passa a substancializá-lo, pois cria um plano de composição possível para as Políticas operarem sobre um elemento da realidade. Explica-se melhor, a Política na medida em que se apoia em um acontecimento da realidade (o aleatório baseado no acaso, nas condutas individuais)

dirige técnicas sobre um meio objetivando a regulação de um domínio da realidade. A regulação populacional, neste sentido, não se dá sobre o acontecimento em si na forma de anulá-lo, mas de fazê-lo funcionar na própria realidade.

Não obstante, as tecnologias de vigilância e de assistência localizam o espaço do acontecimento tornando-o manejável, passível de estabelecer certa regularidade no encontro da política com os acontecimentos da vida. A espacialização dá substancialidade ao acontecimento no sentido de que não é o acontecimento da multiplicidade dispersa no espaço, mas as formas com que a população domiciliada lida com o processo saúde-adoecimento em um espaço delimitado pela moradia. Essa substancialidade produz modos de subjetivação dos próprios processos de saúde-adoecimento, constituindo subjetividades domiciliadas e fixadas nas moradias, nos casos, nos riscos.

Ademais, no jogo entre população e Estado, a Política Pública inscreve “uma superfície de contato para transformações autoritárias, mas refletidas e calculadas” (Foucault, 2008, p. 98). A população aparece como um fenômeno e um objeto a partir da superfície mediante a qual articula-se seus processos naturais com as técnicas de intervenção de governo. Esta superfície só se torna apreensível mediante a focalização de tecnologias sobre a vida da população, mediante a localização do aleatório, do acontecimento no meio, do cálculo dos riscos, das taxas de mortalidade e natalidade, da configuração de segmentaridades duras no corpo populacional a partir dos espaços onde a população ocupa.

Neste sentido, a segurança atua fazendo um elemento da realidade (população em regime geral dos seres vivos) agir sobre a própria realidade no sentido de que esta naturalidade passa a compor uma esfera de cálculos, passa a ser um elemento de reflexão das práticas de governo, de regulação dos hábitos, de vigilância da minúcia do

cotidiano, de acordo com Foucault (2008, p. 49) “é apoiando-se nessa realidade, e não tentando impedir previamente, que um dispositivo vai ser instalado”. Ou seja, a população passa a ser ao mesmo tempo superfície mediante a qual é possível conhecer sua naturalidade e também objeto no qual será alvo de intervenção, de aplicação de técnicas políticas, de jogos estratégicos para ajuste de condutas.

### **Trajétoria do cuidado e outras modalidades de subjetivação**

O território-moradia como discutido no segundo ensaio, emerge enquanto segmentaridade dura que compõe um território existencial pela possibilidade de regulação de um segmento populacional: a população domiciliada. O espaço do domicílio passa a agenciar a construção de subjetividades fixas em um dos espaços de ocupação da população, possibilitando a regulação do aleatório pela localização do acontecimento. O conceito de território existencial configura-se enquanto superfície espaço-temporal que produz subjetividades compondo o que Deleuze e Parnet (1977, p. 146) chamam de “complexo código-território”.

A territorialização dentro do campo analítico de Deleuze e Guattari (1997) se produz a partir de segmentaridades determinadas que inscrevem um código-território específico, subsumindo elementos heterogêneos de modo a torná-los categorias homogêneas. Estas linhas de serialização tais como território-moradia e domicílio-população-família, tornam-se linhas segmentárias que agenciam as formas de territorializar em saúde segmentarizando formas de viver ao inscrever a população em certos grupos identitários. Cola-se um código a uma conduta e a um território de pertencimento. Estas segmentaridades que cortam o corpo populacional em formas de territorialização implicam um “dispositivo de poder” (Deleuze & Parnet, 1977, p. 146), pois permitem que se fixem códigos à condutas e territórios específicos. Neste sentido, a Política dirige ações de ajuste não para a conduta de uma multiplicidade dispersa, mas

para a conduta de um segmento populacional que ocupa uma espacialidade codificada.

Ao fixar um código à população, a Política também afirma os modos como esta população deve acessar a saúde e no caso da atenção básica, a população para acessar o sistema de saúde deve estar fixa em uma residência, o que implica um modo específico de articular a relação entre território e acesso em saúde como parte da estratégia de um dispositivo de poder. A conduta da população domiciliada, neste sentido, passa a ser tanto alvo como o próprio instrumento de regulação populacional.

Não obstante, a partir da articulação entre vigilância e assistência no território-moradia, outro elemento ganha visibilidade: a trajetória do cuidado. O problema da trajetória do cuidado assinala uma relação específica no que se refere a conduta e ao percurso do sujeito no processo saúde-adoecimento. O problema da trajetória do cuidado implica na gestão do cuidado integral de saúde como organização e “gestão de redes de atenção e busca assegurar o princípio de integralidade” (Santos & Giovanella, 2016, p. 2). Neste sentido, a noção de trajetória aparece com relação ao movimento do corpo com o poder que prescreve e que assinala determinado percurso para o acesso a saúde. Isto demarca uma relação de poder onde discursos de verdade articulam-se à normalização de condutas, neste caso, a regulação de condutas domiciliadas no que se refere ao ajuste dos hábitos e à própria trajetória do cuidado.

Desse modo, a trajetória do cuidado é tanto aquilo que demanda a urgência e vigilância dos hábitos no cotidiano, quanto aquilo que excede a própria Política, pois trata-se de um movimento nômade, um fluxo inscrito na aleatoriedade das ações individuais. A articulação vigilância-assistência no território da atenção básica ao mesmo tempo em que abre um campo de visibilidade acerca dos hábitos cotidianos, também torna possível, a partir de uma grade de inteligibilidade, afirmar como devem ser ajustados os hábitos, que caminhos a população domiciliada deve percorrer para o

acesso à saúde e o que deve ser vigiado nas famílias que irá compor uma determinada trajetória do cuidado. Neste sentido, a Política ao regular o aleatório também se encontra com aquilo mesmo que é efeito do aleatório, ou seja, outras modalidades de subjetivação.

A invenção de outras possibilidades de acesso à vida assinalam outras modalidades de subjetivação, como as práticas populares de parteiras na região do agreste em Pernambuco (Melo, Müller & Gayoso, 2013), o uso de plantas medicinais e práticas religiosas em comunidades (Teixeira & Oliveira, 2014), a prática popular de curandeirismo no interior do Piauí (Medeiros, Azevedo, Machado & Sousa, 2007) e na Zona da Mata em Minas Gerais (Matos & Greco, 2005). Estas práticas populares inscrevem outros fluxos de cuidado que escapam as formas de regulação e vigilância, que resistem à norma. Estas práticas assinalam que há no próprio território-moradia trajetórias de cuidado que indicam formas de negociação com a norma. Neste sentido, as formas de controle e regulação da conduta da população domiciliada pela Política Pública entram em negociação com outras modalidades de subjetivação que emergem dos percursos aleatórios implicados na trajetória do cuidado.

As práticas populares de cuidado colocam-se como uma das formas de resistência a determinadas trajetórias de cuidado inscritas em normatividades que recaem sobre as condutas domiciliadas a partir do poder médico. As práticas assinalam certo movimento nômade, na medida em que implicam desterritorialização do plano de organização da Política. Estas práticas também assinalam uma trajetória que ao mesmo tempo em que provoca, pede urgência de uma Política Pública. A trajetória é justamente aquilo que coloca em questão tanto a forma como se captura a minúcia do cotidiano quanto a forma como o próprio aleatório questiona a forma da Política racionalizar a imprevisibilidade do acontecimento.

Assim como apontado na primeira problemática desta dissertação, a relação de reciprocidade entre acesso e território conforma certas possibilidades de trajetórias do cuidado. Neste sentido, pensar a trajetória do cuidado como um problema do presente e que pede urgência de governo inscreve novas formas de negociação da população com a Política de Saúde. Neste sentido, as práticas populares que engendram novas trajetórias e percursos que não necessariamente condizentes com as trajetórias de acesso do Sistema de Saúde produzem outras modalidades de subjetivação. Novas ontologias e formas de negociação-resistência passam a emergir do encontro destas trajetórias com o plano de organização da Política Pública.

### **Desdobramentos...**

Apesar de Deleuze e Foucault produzirem problemáticas em campos analíticos distintos, ressalta-se que ambos os autores foram pensados de modo articulado e foram preservadas noções particulares de seus campos analíticos. Assim, consideramos também que cada autor se debruçou sobre um foco analítico específico e produziram composições particulares de problemas para pensar a atualidade. Nesse sentido, pensar com Deleuze e Foucault para problematizar as políticas de saúde como um problema do presente, permitiu colocar em análise a política como parte de um dispositivo de segurança e como produz efeitos sobre os processos de subjetivação e de territorialização na saúde.

Os operadores conceituais de Deleuze foram suscitados na medida em que os processos de territorialização em saúde implicam dispositivos de poder ao colar uma conduta a um território específico, como a conduta da família domiciliada no território-moradia. Deste modo, a territorialização foi um importante auxílio para pensar nos modos como a Política Pública enuncia um território, criando possibilidades de subjetivação. Nesta medida, o trabalho com ambos os autores permitiu ampliar o foco da problemática de pesquisa.

Os três ensaios foram inspirados no modo de escrever foucaultiano, de modo que um ensaio se tornou provocador de outros problemas. Não obstante, ressaltamos que cada ensaio teve uma focalização específica sobre as materialidades para pensar o

domínio da realidade – a relação território e acesso em saúde como campo de problemas do presente.

O primeiro ensaio, que foi o disparador do problema de pesquisa, tornou possível pensar sobre o modo como o Mapa da Saúde atualiza o território no campo da saúde e a circulação populacional a partir dos indicadores estatísticos de georreferenciamento. Para tanto, o ensaio permite pensar dois elementos importantes para o dispositivo de segurança: o meio e a circulação. Como discutido, o meio é aquilo por onde se faz a circulação de ações como encadeamento circular de causas e efeitos; é sobre o meio que a segurança dirige técnicas políticas fazendo elementos da realidade física atuarem sobre elementos da realidade humana enquanto espécie; ou seja, esses elementos agem na totalidade da população enquanto espécie, configurando uma prática biopolítica. Neste primeiro ensaio, o mapeamento por geoprocessamento pôde ser um fio condutor para pensar como a Saúde focaliza o território e fenômenos populacionais no processo saúde-adoecimento em termos de estatística georreferenciada. Ademais, este ensaio também possibilitou pensar o acesso na atenção básica como uma zona de tensionamento na medida em que se constitui, mediante a Política Pública, como principal porta de acesso ao sistema de saúde e ordenadora da trajetória do cuidado para os outros níveis de atenção à saúde.

Como focalização do segundo ensaio pudemos analisar como se produz a atualização da noção de população a partir da racionalidade que opera as tecnologias de territorialização e de cuidado na AB. Com a AB torna-se possível referenciar uma população no território (localização) na mesma medida em que se delimita o território a partir da própria população, tendo a figura da família-domicílio um elemento estratégico. Neste sentido, o complexo formado entre a população e o território na AB torna possível constituir estratégias de regulação na medida em que o território se

constitui tanto como localização da população referenciada quanto se delimita a partir do conhecimento sobre sociabilidades específicas da população atuando uma estratégia de dupla-fixação.

Não obstante, no terceiro ensaio o objetivo foi colocar em análise o modo como a Política Pública constitui a noção de caso por meio da articulação entre vigilância e assistência no território da AB, para pensar na produção de modos de subjetivação e como a Política Pública torna a relação território e acesso uma potência agenciadora dos modos de regulação populacional. Como desdobramento da problemática focalizada no terceiro ensaio, a trajetória do cuidado emergiu como potência interrogadora das Políticas de Saúde, na medida em que mobiliza e pede urgência de modos de operar a relação entre território e acesso na AB.

Como afirmam Deleuze e Guattari (2007, p. 43), “o nômade se distribui num espaço liso, ele ocupa, habita, mantém esse espaço, e aí reside seu princípio territorial”. Neste sentido, o nomadismo por meio do seu modo de viver aparece como potência interrogadora das Políticas Públicas que agenciam a territorialização na Saúde. Estas populações tem uma relação com o território que não opera na mesma racionalidade de vinculação-fixação, mas operam outros agenciamentos com o território como a população de ciganos, andarilhos, trabalhadores safristas, indígenas, artistas de rua. Estas populações relacionam-se com o território por meio de intempéries e necessidades, fazem do movimento seu próprio estilo de vida. Nesta medida, como a Política cria mecanismos que operam a captura e normalização destas populações que se orientam a partir de outras trajetórias e relações com o território?

## Referências

- Albuquerque, D. M. J. (2009). *A invenção do Nordeste e outras artes*. 4<sup>a</sup> ed. Recife: FJN; Ed. Massangana; São Paulo: Cortez, 340 p.
- Alves, M. O., Magalhães, S. C. M. & Coelho, B. A. (2014). Contribuições da geografia médica para o estudo do câncer de mama. *Hygeia*, 10 (19): 86 – 96.
- Assis, M. M. A.; Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), p. 2865-2875.
- Bernardes, A. G., Guareschi, N. M. F. (2007). Saúde e políticas públicas: Objetivações de práticas psicológicas. In: Guareschi, N. M. F. & Huning, S. M. (2007). *Implicações da Psicologia no Contemporâneo*. EDIPUC, Porto Alegre-RS.
- Bernardes, A. G. (2012). Potências no campo da saúde: O cuidado como experiência ética, política e estética. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 36, p. 175-190.
- Bernardes, A. G. (2014). Perfil epidemiológico e práticas de saúde: Reflexões sobre uma genealogia do cuidado. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 40, p. 83-101.

- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 816 p.
- Brasil. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, 15 p.
- Brasil. Portaria 1.007, de 04 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, p. 07.
- Brasil. Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. *Diário Oficial da União*, p. 05.
- Brasil. (2006). Política Nacional de Promoção de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 60.
- Brasil.(2010). Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 108 p.
- Brasil. Portaria 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. *Diário Oficial da União*.

- Brasil. 1.271 de 12 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. *Diário Oficial da União*, p. 08.
- Brasil. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, *Diário Oficial da União*, 23 p.
- Brasil. (1990). *Lei nº8080*.<disponível em: <http://portal.saude.gov.br;>> acesso em 10/06/2015.
- Brasil. (2011). *Decreto 7.508*.<disponível em: <http://portal.saude.gov.br;>> acesso em 10/06/2015.
- Brasil. Constituição (2008). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Ministério da Saúde. Brasília: 76 p.
- Brasil. (2014). Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica n. 39*. Brasília: Ministério da Saúde, 116 p.
- Brasil. (2016). *Gestão e financiamento das ações da Vigilância em Saúde*. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: EDUFMA.

- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Abordagens espaciais na saúde pública*. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília : Ministério da Saúde, 136 p.
- Brunello MEF, Chiaravalloti-Neto F, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. (2011). Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública*, 45(3):556-63.
- Bühler, H. F., Ignotti, E., Neves, S M. A. & Hacon, S. S. (2014). Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10):4131-4140.
- Cardoso, I. A. R. (1995). Foucault e a noção de acontecimento. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 7(1-2): 53-66.
- Czeresnia, D. (2003). The concept of health and the difference between promotion and prevention. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.39-53.
- Campos GWS. (2005). *Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes: documento preliminar*. Rio de Janeiro: Abem.
- Cunha, G. T. (2004). *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2004.
- Drumond, J. (2006). Epidemiologia em serviços de saúde: Conceitos, Instrumentos e Modos de fazer. In Campos, *et al.* (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. pp. 443-481. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Ed. Fiocruz, 871 p.
- Deleuze, g. & Parnet, C. (1977). *Diálogos*. Paris: Flammarion.

- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Traduzido por Luiz Benedito Lacerda Orlando. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze e Guattari. 1995b. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 2*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Deleuze e Guattari. (1992). *O que é a Filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Deleuze e Guattari. (1997). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 5*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Dias, S. (1995). *Lógica do acontecimento: Deleuze e a Filosofia*. Ed. Afrontamento: Porto.
- Fonseca, P. A. M., Hacon, S. S., Reis, V. L., Costa, D. & I. F. Brown. (2016). O uso de dados de satélite para estudar a relação entre chuva e doenças diarreicas em uma bacia na Amazônia Sul-Occidental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):731-742.
- Faria, R. M. (2013). A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia*, 9 (16): 131 – 147.
- Foucault, M. (2008). *O Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1978).
- Foucault, M. (2000). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra originalmente publicada em 1972).
- Foucault, M. (1979). O nascimento da medicina social. In: Foucault, M. (Org.). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, p. 46-56.

- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1977).
- Foucault, M. (2005). *Em Defesa da Sociedade: curso dado no Collège de France (1975-1976)*. Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo, Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). *Os Anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975)*. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do Poder*. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro, Editora: Graal, 4º ed.
- Gadelha CAG, Machado CVM, LimaLD, Baptista TWF. (2011). Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*; 16(6):3003-3016.
- Gondim, G. M. M., Monken, M., Rojas, L. I., Barcellos, C. & Peiter, P. (2008). O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Maurício. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz. p.183-203.
- Haesbaert, R. & Bruce, G. (2002). A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. *Revista GEOgraphia*, Niterói, n.7, vol. 04, p. 7-22.
- Haesbaert, R. (1999). Região, diversidade territorial e globalização. *GEOgraphia*, p. 25.
- Hillesheim, B. & Bernardes, A. G. (2015). Políticas de inclusão: a arte de governar a partir da liberdade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n. 1 p.129-137.

- Hillesheim, B.; Bernardes, A. G. (2014). Território e nomadismo: a saúde em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, 66 (3), 2014, p. 47-58.
- Hino P, Villa TCS, Cunha TN, Santos CB. Padrões espaciais da tuberculose e sua associação à condição de vida no município de Ribeirão Preto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16 (12):4795-802.
- Hook, D., & Hünning, S. M. (2009). Genealogia, Contrasaberes e Psicologia. In Guareschi, N. M. F., Hünning, S. M. (Eds.), *Foucault e a Psicologia*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Kastrup, V. (2007). *A invenção de si e do mundo: Uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Belo Horizonte, Ed. Autêntica.
- Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 152 p.
- Lavras. C. (2014). Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, 20 (4), p. 867-874.
- Lefebvre, H. (1974). *La Production de l'Espace*. Paris: Anthropos.
- Lima, D. L. A. (2014). A Regionalização pode contribuir para o avanço do SUS? Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>>. Acesso em: 22 jul. 2016.
- Melo, J. M., Muller, E. & Gayoso, D. B. (2013). Parteiras tradicionais de Pernambuco: Saberes, práticas e políticas. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10* (Anais Eletrônicos), Florianópolis.
- Medeiros, L C. M., Azevedo, G. A., Machado, F M. & Sousa, S. M. (2007). As práticas populares de cura utilizadas por rezadores no povoado brejinho, município de Luiz Correia – PI. *Esc Anna Nery R Enferm*. 11 (1): 112 – 7.

- Matos, I. & Greco, R. M. (2005). Curandeirismo e Saúde da Família: conviver é possível? *Revista APS*, v.8, n.1, 4-14.
- Mendes, E. V. (1993). *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde*. Ed. Hucitec, São Paulo.
- Monken, M. & Barcellos, C. (2007). O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Fonseca, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 177-224.
- Monken B & Barcellos C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, 21(3):898-906.
- Nardi SMT, Paschoal JAA, Pedro HSP, Paschoal, VAD, Sichieri EP. (2013). Geoprocessamento em Saúde Pública: fundamentos e aplicações. *Ver. Inst. Adolfo Lutz*, 72 (3):185-191.
- Neto, J. L. F. (2015). Micropolítica em *Mil Platôs*: uma leitura. *Psicologia Usp*. Vol. 26, N. 3, 397-406.
- Nunes, E. D. (2006). Saúde Coletiva: Uma história recente de um passado remoto. In Campos, *et al.* (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. pp. 11-37. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Ed. Fiocruz, 871 p.
- Oliveira, E.X.G., Carvalho, M., S. & Travassos, C. (2004). Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, 20(2):386-402.
- Pessoa, V. M.; Rigotto, R. M.; Carneiro, F. M.; Teixeira, A. C. A. (2013). Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), p. 2253-2262.

- Pessoa, V. M.; Rigotto, R. M.; Teixeira, A. C. A.; Pinheiro, T. M. M. (2011). As novas necessidades de saúde nos territórios dos sertanejos do baixo Vale do Jaguaribe e os desafios à política pública de saúde. In: RIGOTTO, RM (Org.). *Agrotóxicos, trabalho e saúde*. Fortaleza: Edições UFC, p. 549-583.
- Peters, M. (2000). *Pós-Estruturalismo e Filosofia da Diferença*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Pina MFRP. Potencialidades dos sistemas de informações geográficas na área da saúde. In: Najar AL, Marques EC, organizadores. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 125-133.
- Rabinow, Paul. (1999). *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow/organização e tradução, João Guilherme Biehl*. - Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Santos AL, Rigotto RM. (2010). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*; 8(3): 387-406.
- Stassun CCS, Filho KP. (2012). Geoprocessamento como prática biopolítica no governo municipal. *Rev. Adm. Pública*; 46(6):1649-69.
- Santos, L. (2011). Lei 8.080 é regulamentada 21 anos depois: Decreto 7.508/2011. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Disponível em: [blogs.bvsalud.org](http://blogs.bvsalud.org)
- Teixeira, C. F., Paim, J. F., Vilasbôas, A.L. (1998). SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. *IESUS*, VII(2), 1-22.
- Teixeira IMC, Oliveira MW. (2014). Health care practices of peasant women. *Interface (Botucatu)*. 18 Supl 2: 1341-1354.

- Travassos CMR, Viacava F, Fernandes C, Almeida C. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 133-149.
- Teixeira, T. R. A., Gracie, R., Malta, M. S. & Bostos, F. I. (2014). Geografia social da AIDS no Brasil: identificando padrões de desigualdades regionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(2):259-271.
- Vasconcelos, C. M. (2006). O SUS em Perspectiva. In Campos, *et al.* (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. pp. 559-590. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Ed. Fiocruz, 871 p.
- Veríssimo, E. (2008). O resto é silêncio. Ed. Companhia das Letras. (Obra originalmente publicada em 1946.
- Waldman, E. A. (1991). *Vigilância como prática de saúde pública*. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.