

DOI: 10.17058/rjp.v5i2.5746

## ENTRE O CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE E A FIXAÇÃO AO TERRITÓRIO: O CASO DOS USUÁRIOS NÔMADES EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Amanda Cappellari<sup>1</sup>  
Caroline Couto<sup>2</sup>  
Betina Hillesheim<sup>3</sup>

### RESUMO

As políticas públicas de saúde organizam-se a partir do pressuposto da territorialidade, buscando a inclusão de usuários mediante estratégias consideradas mais adequadas para cada território. Assim, aqueles que não se enquadram na lógica de fixação, como os nômades, desafiam o parâmetro “saúde para todos” proposto pelo Sistema Único de Saúde. Objetiva-se apresentar as discussões realizadas na pesquisa *A saúde e a lógica de inclusão: entre o território e os nômades*, a qual investiga as formas pelas quais se constroem as noções de território e inclusão no campo da saúde. Foi utilizado o método cartográfico, conforme as teorizações de Deleuze e Guattari. A produção de dados foi realizada a partir de observações participantes no cotidiano de uma Estratégia de Saúde da Família, no município de Santa Cruz do Sul. Verificou-se que a transitoriedade das pessoas é um problema para as equipes de saúde, implicando, algumas vezes, na fragilização da vinculação e do cuidado dos mesmos. Entende-se que as políticas públicas, através de suas estratégias de controle e governo, se constituem como um dispositivo de produção de novas subjetividades. Logo, aqueles que não se ajustam aos modos mais adequados de ser usuário, desafiam as maneiras de se trabalhar e produzir saúde.

**Palavras-chave:** Políticas públicas de saúde. Inclusão. Produção de subjetividades. Nomadismo.

### ABSTRACT

Public health policies are organized from the assumption of territoriality, seeking for the inclusion of users through the best strategies for each territory. Thus, those who do not fit the fixing logic, as nomads, challenge the parameter "Health for All" proposed by the National Health System. The purpose is to present the discussions at the research *Health and the logic of inclusion: between the territory and the nomads*, which investigates the ways where notions of territory and inclusion are built in the field of health. We used the mapping method, according to the theories of Deleuze and Guattari. The production of data was made from direct observations in the daily life of a Family Health Strategy in the city of Santa Cruz do Sul. It was found that the transience of people is a problem for the health teams, which implies, sometimes, the weakening of personal link and the care of them. It is understood that public policies through its strategies of control and government, constitute as a new subjectivities production device. Therefore, those who do not fit the most appropriate ways of being user, challenge the ways of working and producing health.

**Keywords:** Public health policies. Inclusion. Production of Subjectivity. Nomadism.

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. <[amandacappellari@mx2.unisc.br](mailto:amandacappellari@mx2.unisc.br)>

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. <[ccouto@mx2.unisc.com](mailto:ccouto@mx2.unisc.com)>

<sup>3</sup> Professora do Departamento de Psicologia na Universidade de Santa Cruz do Sul <[betinah@unisc.br](mailto:betinah@unisc.br)>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: UMA BREVE INTRODUÇÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Nas décadas de 70 e 80, em meio ao processo de redemocratização do país, da mobilização e luta de pessoas que estavam insatisfeitas com o modelo de saúde vigente, emergia, no Brasil, o Movimento Sanitário, que reivindicava mudanças em todo setor de saúde, a fim de garantir a melhoria das condições de vida dos cidadãos. Nesse cenário de luta, bem como de influências de discussões internacionais (com movimentos pela “Nova Promoção da Saúde” e a realização de conferências internacionais que exigiam o compromisso de saúde para todos), foi criado, a partir da Constituição Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se instituiu como um conjunto de serviços de atenção à saúde que tem como finalidade superar as desigualdades na assistência à saúde da população.

As políticas públicas de saúde possuem como premissa a territorialização, associada à diretriz da descentralização, que tem como estratégia regionalizar os serviços de saúde. Assim, o sistema de saúde deve ser unificado, descentralizado e hierarquizado em todo o território nacional, garantindo atenção à diversidade regional do país (GADELHA, 2011). O território, como base de organização de tais políticas, é legitimado nos enunciados de garantia de acesso aos serviços de saúde, assim como pela possibilidade de maior conhecimento das necessidades específicas de cada localidade, permitindo, assim, um melhor planejamento das ações consideradas mais adequadas para atender com maior rapidez e eficácia a demanda dos usuários.

Na década de 90, há uma intensificação da proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde. A chamada Atenção Primária ganha força com a política dos Programas de Saúde da Família, os conhecidos PSF, os quais, compreendidos como *porta de entrada do SUS* (BRASIL, 2005), passam a integrar o fluxo dos serviços de saúde de todo país, não se constituindo apenas como uma aposta isolada e específica. Nomeados como Estratégias de Saúde da Família (ESF), os chamados postos de saúde, antes operantes em caráter curativo, passam a ter a função de acompanhar e de se vincular aos usuários, devendo prever e promover saúde para determinada população, de acordo com suas especificidades.

Temos, com isso, um país cujo território é esquadrihado. Múltiplos territórios de saúde, divididos por áreas de abrangência, que ficam *sob a responsabilidade* de uma ESF, subdivididos em microáreas, as quais são *cobertas* por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Imbricados nessa lógica de fixação ao território, os serviços de saúde sentem-se incomodados e despreparados para atender aqueles que rasuram e desafiam sua maneira de

cuidado em saúde, como é o caso daqueles que estão sempre indo e vindo: os nômades. No âmbito desse estudo, tomamos o nomadismo de uma forma ampliada, abrangendo tanto o fenômeno migratório de determinados grupos sociais que possuem no *ir e vir* uma forma de sobrevivência e resistência (por exemplo, trabalhadores safristas), quanto sujeitos provenientes de grupos que têm no deslocamento uma forma de vida (o caso dos ciganos e índios, entre outros), ou, ainda, sujeitos que se deslocam constantemente pela cidade (andarilhos, moradores de rua, ou apenas pessoas que, por motivos diversos, transitam entre diferentes moradias).

A pesquisa foi desenvolvida em Santa Cruz do Sul, município de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, localizado na região conhecida como Vale do Rio Pardo, a 150 quilômetros da capital, Porto Alegre. A cidade foi pioneira na implantação dos Programas de Saúde da Família, tendo a primeira equipe trabalhando nesse formato a partir de 1998. Atualmente, o município, que tem uma população estimada pelo IBGE (2014) de 125 mil e 353 habitantes, consegue *cobrir* cerca de 30 a 40% da população com as Estratégias de Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008), o que significa dizer que essa parcela da população é cadastrada em uma ESF, acompanhada pelo Agente Comunitário de Saúde e tem um prontuário completo, que fala das condições de moradia, bem como de todas as ações em saúde direcionadas aos usuários. Vale ressaltar que, em sua maioria, essas ESFs estão localizadas nas áreas que possuem indicadores de vulnerabilidade social.

A presente investigação é parte integrante da pesquisa *A saúde e a lógica de inclusão: entre o território e os nômades*, que procurou compreender como são construídas as noções de território e inclusão no campo da saúde, através do encontro com os sujeitos que *escorregam* da lógica do endereço fixo e fazem vibrar outros modos de viver que não correspondem aos padrões funcionais e utilitários das vidas regidas pelo sedentarismo. Neste sentido, discutimos, nesse artigo, como acontece o cuidado em saúde para os sujeitos que não se fixam ao território, analisando os modos como os mesmos escapam aos controles impostos pelos serviços e os possíveis efeitos da articulação do preceito de saúde para todos e os sujeitos nômades, tomando como campo de pesquisa uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul (RS).

## 2 SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO

“A vida de uma pesquisa é algo intrigante” (OLIVEIRA, 2012. p. 281). Primeiro, produzimos nosso problema de pesquisa através daquilo que nos incomoda, que nos desassossega, depois, olhamos e analisamos atentamente as ferramentas que temos disponíveis para iniciar nosso trabalho. Nesta pesquisa, valemo-nos da metodologia cartográfica, conforme proposta por Deleuze e Guattari, para compreender de que maneira as noções de inclusão, vinculação e território estão articuladas no campo da saúde.

A cartografia não é considerada propriamente um “método”, tal como se compreende numa perspectiva tradicional de pesquisa, fechada em si mesmo e linear. Ela é uma forma de investigação que se apoia em determinadas ferramentas conceituais, indicando caminhos e ações possíveis. Oriunda da geografia – de sua prática de traçar mapas referentes a territórios, regiões, fronteiras, demarcações e acidentes geográficos – ela nos possibilita, no ato de pesquisar, mapear os espaços, acompanhar os movimentos e as transformações que vão acontecendo no território, estando esse mapa sempre provisório e inacabado, passível de novos traçados e remodelamentos. Como aponta Deleuze e Guattari (1995, p. 22),

(...) o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social.

Com a investigação cartográfica, não buscamos *desvelar* uma suposta realidade preexistente, *descobrimo* algo que já estaria dado. Diferentemente disso, partimos da premissa de que conhecer uma realidade é também participar de sua criação (KASTRUP; PASSOS, 2013). Assim, ao invés do termo *coleta*, comumente utilizado pelos pesquisadores, assumimos a expressão *produção de dados*, visto que entendemos que os dados são criados a partir dos encontros e afetos que produzem a pesquisa. Como salientam Barros e Passos (2010, p. 19-20), “toda pesquisa intervém sobre a realidade mais do que apenas a representa ou a constata”. Portanto, não se trata de *fotografar* uma realidade, mas de participar da mesma, acompanhando seus movimentos de desterritorialização, suas rupturas e descontinuidades.

A produção de dados discutida nesse texto aconteceu em uma Estratégia de Saúde localizada no perímetro urbano de Santa Cruz do Sul. A escolha específica pela Estratégia de Saúde da Família fundamenta-se no fato desses serviços constituírem-se como estratégias de Atenção Primária à Saúde, nas quais as questões relativas ao território ficam bastante

evidentes, operando em uma lógica da organização territorial, mediante o registro e mapeamento dos usuários, conforme suas áreas de moradia.

Entre setembro de 2013 e agosto de 2014, aconteceram as observações participantes com essa equipe de ESF. Durante as visitas semanais, acompanhamos a rotina de trabalho do serviço, voltando o *olhar* para as questões que estavam mais diretamente ligadas aos processos e efeitos do nomadismo. Em uma perspectiva pós-moderna, entendemos que esse olhar é também constituinte da realidade, pois, nas palavras de Veiga-Neto (2002, p. 30), “é o olhar que botamos sobre as coisas que, de certa maneira, as constitui. São os olhares que colocamos sobre as coisas que criam os problemas do mundo”. Portanto, o pesquisador também produz a realidade que pesquisa, faz parte dela e está implicado em sua construção.

Com a finalidade de compreendermos os movimentos desse serviço de saúde, participamos do grupo de caminhada, das reuniões matinais das ACS e do próprio ambiente de trabalho da equipe, permanecendo, por exemplo, na recepção da ESF ou simplesmente circulando pelo serviço. Além disso, acompanhamos as agentes comunitárias de saúde (ACS) nas visitas domiciliares (VDs), o que veio a se tornar como uma das principais fontes de dados do estudo.

Todos os dados foram registrados em um diário de campo coletivo, composto pelas escritas de todos os pesquisadores envolvidos. O diário de campo, companheiro de grande parte das pesquisas que possuem na cartografia seu aporte metodológico, foi o espaço que possibilitou registrar os movimentos das saídas de campo, das leituras bibliográficas e dos processos artísticos que tinham relação com a temática nômade. Nessa perspectiva, Bocco (2006) afirma que essa ferramenta assegura a intensidade do acontecimento, captando aquilo que compõe o cotidiano e seus movimentos de reconfiguração.

### **3 MUDAR DE CASA. POR QUÊ?**

Como assinala Deleuze (1992), estamos vivendo a transição de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle, na qual, mesmo que algumas práticas de confinamento ainda persistam, o controle se dá de maneira contínua e sutil. A prática do controle constante está relacionada a uma lógica da gestão de riscos (CASTEL, 1981), realizando a vigilância dos sujeitos através de ações que podem prevenir a ocorrência de algum acontecimento não desejado. Conforme Lazzarato (2008), em uma sociedade de

controle, mais do que dispositivos disciplinares, são utilizadas estratégias de segurança que irão intervir sobre acontecimentos possíveis, aleatórios, atemporais, do instante.

Com seu foco na atenção básica, a definição de territórios adstritos é a estratégia central das ESFs para realizar ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Realizar o cuidado no território é um passo importante para afirmar que a realidade brasileira é bastante diversificada, reconhecendo que no espaço entre fronteiras vive uma população específica, com necessidades e demandas próprias. É sob essa lógica de controle que, em 1994 é organizado o Programa de Saúde da Família e, em seguida, as ESFs. Tendo o território como base de organização, as políticas públicas de saúde adentram os “espaços da vida cotidiana” (MONKEN, BARCELLOS, 2005), legitimadas pela possibilidade de maior acesso aos serviços de saúde e, sobretudo, garantindo o monitoramento da população.

Se, por um lado, as políticas públicas operam com o pressuposto da fixação ao território, Bauman (1998) aponta que o movimento e a não fixidez são características das sociedades contemporâneas. O autor salienta ainda que nem sempre estar em movimento é sinônimo de uma opção ou de uma escolha. Portanto, ao olharmos para os processos de saúde através desse alerta, podemos nos perguntar: como se dá o atendimento daqueles que fogem à norma sedentária?

Na área de abrangência do serviço pesquisado, os motivos de mudanças acontecem mais por necessidade do que por opção ou escolha. Muitas famílias parecem-se com a do personagem Fabiano em *Vidas Secas*, escrito por Graciliano Ramos (1994), que, impelidas não apenas pela seca, mas também pela miséria, são obrigadas a se mudar de tempos em tempos, alimentadas pela esperança de melhorar sua qualidade de vida.

Iriam para diante, alcançariam uma terra desconhecida. Fabiano estava contente e acreditava nessa terra, porque não sabia como ela era nem onde era. (...) E andavam para o sul, metidos naquele sonho. Uma cidade grande, cheia de pessoas fortes. Os meninos em escolas, aprendendo coisas difíceis e necessárias (RAMOS, 1994, p. 126).

Outros sujeitos assemelham-se mais a um personagem de outro livro, *O Cortiço*, de Aluísio de Azevedo (1977), no que se refere ao esforço para ter onde morar: “servia de pedreiro, amassava e carregava barro, quebrava pedra” (p. 15), usava seu corpo e aquilo que conhecia para construir uma casa que pudesse chamar de sua; “comparecia a todos os leilões de materiais de construção; arrematava madeiramento já servidos; comprava telha em segunda mão; fazia pechinchas de cal e tijolos” (p. 19), quando, não raras vezes, catava papelão na rua para acrescentar à alguma parte da sua casa.

No caso da presente pesquisa, há aqueles que mudam de residência devido à distância do trabalho ou da escola dos filhos, aqueles que precisam ficar mais próximos dos serviços de saúde, aqueles que concordam em ir morar com o companheiro ou com a companheira. As brigas familiares e a violência doméstica constituem-se como fatores importantes para trocar de casa. Além desses motivos, destacamos que, no território abrangido pelo serviço, há uma área de risco que as pessoas invadiram e construíram suas moradias, sendo que, nos períodos de chuva intensa, são destruídas, obrigando os moradores a irem para outros locais.

#### 4 CONSIDERAÇÕES (NUNCA) FINAIS

Na medida em que os sujeitos não tomam “amizade à casa, ao curral, ao chiqueiro das cabras, ao juazeiro que os tinha abrigado uma noite” (RAMOS, 1938, p. 19) e colocam seus pertences no carro, na mochila ou nas costas e seguem itinerantes, podemos pensar que há uma rasura no imperativo “Saúde para Todos” preconizado pelo SUS, já que sua vinculação fica fragilizada e seu cuidado não é, muitas vezes, integral.

Cabe, aqui, pôr em discussão os próprios pressupostos tomados como base pelas políticas públicas de saúde: territorialidade, inclusão e vinculação que, por sua vez, fazem emergir um arranjo de possibilidades que nos constituem enquanto sujeitos–assujeitados pelo discurso da saúde. Com isso, as noções de “saúde para todos” e cuidado *integral*, caracterizam aquilo que discutimos anteriormente a respeito das práticas da sociedade de controle. Incluir significa também que todos devem, necessariamente, estar vinculados e cadastrados, sendo que os prontuários dos usuários precisam ser os mais completos possíveis: todas as consultas, todos os medicamentos, todas as informações socioeconômicas, *tudo* pode um dia ser importante e, por isso, precisa estar disponível para a equipe de saúde.

Apontar tais modos de funcionamento não significa dizer que é algo bom ou ruim, caindo em juízos de valor sobre as práticas de saúde. Afinal, mais do que obrigados a operar em tal lógica de controle, nós a desejamos, pois, como afirma Foucault (2012, p. 187), “a função do poder não é essencialmente a de proibir, mas produzir, produzir o prazer”. Dessa maneira, ansiamos por um aparato de produção de saúde que possa ser para *todos* e que considere os usuários nas dimensões biopsicossociais. É também por isso que reservamos o estranhamento àqueles que não desejam – ou desejam de modo tão intenso, que não conseguem deixar de ir em busca de – o mesmo que aqueles que não se enquadram nas normas. De fato, não se trata de ignorar todas as conquistas ou mesmo de marcar como falso

aquilo que vimos defendendo com tanto afincio. Não nos importa o falso, tampouco, as verdades absolutas, mas apenas pensar os efeitos do encontro entre os discursos da saúde e esses usuários.

Enquanto os usuários nômades resistem à sedentarização, escapando de muitas estratégias de controle e governo que estão permeadas de/pelo poder, também produzem outros modos de existir: forçam a criação de outras estratégias no trabalho em saúde, fazem vibrar outros meios de captura que não os já pensados, incitam as políticas públicas a uma nova maneira de organização. Tomamos como exemplo, assim, o projeto “A gente da Rua” estudado por Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010), realizado na cidade de São Paulo em 2004, que formou uma equipe de saúde para atender e cadastrar os *seus* moradores de rua, garantindo a possibilidade de acesso à saúde e capturando-os aos seus registros. Outro projeto, o “Registro Eletrônico de Saúde para o Brasil” – iniciado em 2008 e em processo de implementação – propõe o “Prontuário Eletrônico”, com a expectativa de criar teias entre os diversos serviços de saúde para que todos tenham acesso às informações da família e do paciente, facilitando o cuidado em saúde e o controle da população (BRASIL, 2008). Essa estratégia responderia, por exemplo, ao problema dos atrasos e das perdas dos prontuários familiares durante o envio de uma ESF à outra, em caso de troca de moradia. Essas relações entre usuário e serviço configuram-se, portanto, como um jogo de forças.

Quando não podem ser vigiados e controlados da maneira que se entende como mais adequada, esses sujeitos desviantes, que resistem ou reexistem sob superfícies rugosas, cheias de interrupções e descontinuidades, ficam atrelados a uma ideia de risco e fazem das fronteiras delimitadas pelos serviços de saúde nada mais do que uma travessia. Os pressupostos de que a *territorialização* e a *regionalização* iriam proporcionar acesso fácil para os diferentes sujeitos aos serviços de saúde mostram-se insuficientes em relação àqueles que, em seus muitos endereços – ou endereço nenhum – nos apontam outras possibilidades de existência. Dessa maneira, considerando que o sujeito é um efeito provisório dos modos de subjetivação, e que no instante em que acolhe os componentes que estão em circulação, também os emite (MANSANO, 2009), entendemos que o movimento daqueles que se constituíram, para nós, como usuários nômades, contribui para problematizar o processo da construção do próprio SUS.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. *O Cortiço*. 5 ed. São Paulo: Ática, 1977. (Série Bom Livro).

BARROS, R. B. de; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: ESCÓSSIA, Liliana et al. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Meridiana, 2010.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / *Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz*, 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. ISBN 85-334-0817-X.

BRASIL. Ministério da Saúde. Registro Eletrônico de Saúde. 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/III/fis/pdf/Rogério\\_Sugai.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/III/fis/pdf/Rogério_Sugai.pdf). Acesso em: 02 mar. 2015.

BOCCO, F. *Cartografias da infração juvenil*. Niterói, 2006. 174 p. Dissertação (Mestrado), Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H. de; CREVELIM, M. A.. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 3, v. 10, p. 709-716, 2010.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

DELEUZE, G. Controle e Devir. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 1995.

FOUCAULT, M. As malhas do poder. In: FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos VIII*. Segurança, Penalidade e Prisão. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 168-188, 2012.

GADELHA, C. A. G. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 6, v. 16, p. 3003-3016, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600038&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 15 jan. 2015.

IBGE. 2015. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431680&search=rio-grande-do-sul|santa-cruz-do-sul|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 03 mar. 2015.

KASTRUP, V., PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, n. 2, v. 25, p. 263-280, maio/ago. 2013. Disponível em:

<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1109>. Acesso em: 13 set. 2013.

LAZZARATO, M. Biopolítica/Bioeconomia. In: PASSOS, I. (Org.). *Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 41-62, 2008.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, n. 2, v. 8, p. 110-117, 2009.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 3, v. 21, p. 898-906, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, T. R. M. de; PARAÍSO, M. A. Mapas, dança, desenhos: a cartografia como método de pesquisa em educação. *Pro-Posições*, Campinas, n. 3, v. 23, p. 159-178, 2012.

RAMOS, Graciliano. *Vidas Secas*. 65 ed. São Paulo: Record, 1994.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. 2008. Santa Cruz do Sul. Disponível em: <http://santacruz.rs.gov.br/geo/numeros/saude-esf.htm>. Acesso em: 03 mar. 2015.

VEIGA-NETO, A. Olhares... In: COSTA, M. V. (Org.). *Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação*. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, p. 23-38, 2002.