

## ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TERRITÓRIO E VÍNCULO SOB A PERSPECTIVA NÔMADE

Caroline Couto<sup>1</sup>  
Leticia Aline Back<sup>2</sup>  
Betina Hillesheim<sup>3</sup>

### RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de apresentar as discussões realizadas na pesquisa *A saúde e a lógica da inclusão: entre o território e os nômades*, na qual se investigam as formas pelas quais se constroem as noções de território e inclusão no campo da saúde, a partir da experiência de uma parcela da população que é invisível às estatísticas e estratégias de saúde: os nômades. Sob a perspectiva da cartografia, a produção de dados foi realizada a partir de observações participantes em duas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul – RS. A análise dos dados aponta que os pressupostos de territorialidade, inclusão e vinculação das Políticas Públicas de Saúde podem produzir vulnerabilidades, bem como intensificar as práticas de culpabilização e responsabilização dos sujeitos, estabelecendo, por meio de cadastros e divisões territoriais, quem *pertence* ou *não* a cada unidade de saúde, mediante critérios de inclusão e exclusão dos usuários.

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

### ABSTRACT

The present paper was developed with the aim of presenting discussions made in the research *Health and the inclusion logic: between the territory and the nomads*, in which we have investigated the ways that the notions of territory and inclusion have been constructed in the health field, considering the experience of a portion of the population that has been invisible in health statistics and strategies: the nomads. From the cartography perspective, data was produced from participative observations in two teams of Family Health Strategies in the city of Santa Cruz do Sul – RS. Data analysis has pointed out that the assumptions of territoriality, inclusion and bond held by Public Health Policies may produce vulnerabilities as well as intensify the subjects' culpability and responsabilization practices, thus establishing, by means of records and territorial divisions, the ones who *belong* and those who *do not belong* to every health unity, by using inclusion and exclusion criteria.

**Keywords:** Inclusion. Nomadism. Public health policies.

---

<sup>1</sup> Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. <[caarolcouto@hotmail.com](mailto:caarolcouto@hotmail.com)>

<sup>2</sup> Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. <[leticia-aline@hotmail.com](mailto:leticia-aline@hotmail.com)>

<sup>3</sup> Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. <[betinah@unisc.br](mailto:betinah@unisc.br)>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E TERRITORIALIDADE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado por três princípios básicos – universalidade, integralidade e equidade – e três diretrizes principais – descentralização, regionalização e participação da comunidade. Nessa perspectiva, a lógica da inclusão é evidente: a universalidade considera que todas as pessoas devem ter acesso à saúde; a integralidade apregoa que cada usuário deve ser compreendido e atendido de forma integral; e a equidade assinala a igualdade entre os cidadãos, os quais devem ser atendidos conforme suas necessidades.

Para dar conta da inclusão, uma das estratégias utilizadas pelo sistema de saúde é a organização pela territorialidade, a qual permite conhecer as condições de vida dos indivíduos que compõem a população, identificando riscos e traçando ações de gerenciamento destes. A categoria espaço, conforme Gondim et al. (2008), é utilizada com ênfase no campo da saúde, visto que mais do que um recorte político-operacional do sistema de saúde, possibilita verificar a interação entre a população e serviços. Deste modo, as divisões territoriais sustentam o conceito de risco, considerando as múltiplas possibilidades de localização e visualização das populações, objetos e fluxos, assim como a espacialização da saúde mediante a distribuição de diferentes indicadores que denotam as condições de vida da população.

A portaria GM/MS 399 (de 22 de fevereiro de 2006), que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, sublinha as dimensões continentais do país e as desigualdades regionais, reforçando a garantia de universalidade de acesso. Para tanto, aponta para a necessidade de avançar nos aspectos referentes à regionalização e à descentralização do SUS. Assim, o documento define Regiões de Saúde como

[...] recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. [...] A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. (BRASIL, 2006. s.p.).

A partir dessas considerações, o presente trabalho objetiva discutir os resultados encontrados na pesquisa *A Saúde e a Lógica da Inclusão: entre o território e os nômades*, na qual se investigam as formas pelas quais se constroem as noções de território e inclusão no campo da saúde, a partir da experiência de uma parcela da população que, ao escapar da lógica de fixação em um território estanque, utilitário e funcional, torna-se invisível às estatísticas e estratégias de saúde: os nômades. Nessa investigação, o nomadismo é

compreendido de forma ampla, abarcando indivíduos ou grupos que circulam por diferentes territórios, não atendendo à lógica da habitação fixa.

Para realizar essa discussão, o texto está organizado da seguinte forma: em primeiro lugar, são apresentados os procedimentos investigativos utilizados na pesquisa; a seguir, são trazidas algumas questões referentes à articulação entre território, vínculo e inclusão sob a ótica de atendimento a usuários nômades; e, por fim, busca-se apontar como tais usuários colocam em suspensão alguns pressupostos das políticas públicas de saúde.

## **2 SOBRE OS PROCEDIMENTOS INVESTIGATIVOS**

A pesquisa foi desenvolvida nos anos de 2012 e 2013 no município de Santa Cruz do Sul, cidade de médio porte a cerca de 150 km da capital do Estado do Rio Grande do Sul. A produção de dados se deu em duas etapas: no primeiro ano, foram analisadas as políticas públicas de saúde, mediante análise de documentos; e, no segundo ano, foram realizadas observações participantes do cotidiano de trabalho das equipes de saúde de duas Estratégias de Saúde da Família localizadas na região urbana do município. Destaca-se que, conforme Gonçalves e Kapczynsky (2008), Santa Cruz do Sul foi pioneira na implantação de ESF no Estado, tendo um sistema bem organizado que atende em torno de um quarto da população do município.

A Estratégia de Saúde da Família constitui-se como a principal estratégia brasileira de Atenção Primária à Saúde, cujos parâmetros básicos foram estabelecidos na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e que traçavam como meta a ‘saúde para todos’ até o ano 2000, sendo considerada uma alavanca de reformulação do modelo assistencial como um todo (RONZANI; STRALEN, 2003). A escolha pela observação de equipes de ESF fundamentou-se na constatação de que esse é um programa no qual as questões relativas à territorialidade ficam bastante explícitas, sendo que as ESFs nas quais ocorreram as observações se caracterizam, conforme levantamentos iniciais junto a profissionais de saúde do município, por se localizarem em regiões da cidade nas quais ocorrem muitos deslocamentos dos usuários.

Os procedimentos investigativos pautaram-se na cartografia, método proposto por Deleuze e Guattari. Ao discorrer sobre a cartografia, Kastrup (2007) pontua que a mesma rompe com as concepções metodológicas tradicionais, não se constituindo propriamente como um *método*, visto que não busca estabelecer, previamente, um caminho linear para alcançar um fim já determinado. Deste modo, a cartografia pretende desenhar a rede de forças que conecta o objeto ou fenômeno estudado, não o isolando de suas articulações históricas ou suas

conexões com o mundo, mas visando a acompanhar suas modulações e movimentos (BARROS; KASTRUP, 2009).

As autoras sublinham que, nesta perspectiva, processo não está relacionado à noção de processamento (concepção de conhecimento que fundamenta a teoria da informação), mas de processualidade, na qual o cartógrafo, ao iniciar a pesquisa, se encontra numa situação de começar pelo meio (pois já há, na maior parte das vezes, um processo em curso). Deste modo, não se entende a pesquisa como uma série sucessiva de momentos separados (coleta, análise e discussão de dados), pois, na pesquisa cartográfica, “cada momento da pesquisa traz consigo o anterior e se prolonga nos momentos seguintes” (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 59), sendo que a processualidade se apresenta em todos os momentos.

Compreende-se, portanto, que o ato de pesquisar é um acontecimento, sendo um efeito sem corpo, pois, segundo Bicalho et al. (2012), este apenas irrompe, desmanchando territórios cristalizados. Nesse sentido, Zambenedetti e Silva (2011) colocam que o processo de cartografar se assemelha à construção de um mapa, o qual nunca está terminantemente pronto, uma vez que as paisagens estão sempre se alterando, num constante processo de mudança.

Para Barros e Passos (2010), a cartografia pode ser entendida como pesquisa-ação, uma vez que não tem regras prontas, nem conceitos pré-estabelecidos e, portanto, não conta com a neutralidade do pesquisador, cuja análise é feita sem distanciamento do campo analisado. Nessa relação, a cartografia não trabalha no intuito de representar a realidade, mas apontar as descontinuidades, (re)construindo os movimentos, sem pretensões de uma suposta fidelidade a uma realidade pré-existente.

Sendo assim, ainda de acordo com Barros e Kastrup (2009), a observação participante é um procedimento da cartografia que se aproxima da pesquisa etnográfica. O pesquisador se mantém em contato direto com as pessoas, participando, em certa medida, de suas vidas e ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por essa experiência. Para tanto, o pesquisador se inclui no campo de pesquisa, experimentando o estranhamento e, mediante um exercício de impulsão do pensamento, criando um espaço para a novidade. Nessa perspectiva, Passos e Eirado (2009) afirmam que não há uma separação entre sujeito e objeto, dentro e fora.

As observações nas duas ESFs escolhidas para esta pesquisa ocorreram durante todo o ano de 2013. Para tanto, foram realizadas visitas semanais aos serviços de saúde pesquisados, mediante a inserção de um bolsista de iniciação científica em cada um deles. Dessa maneira, os bolsistas de iniciação científica vincularam-se às equipes, participando das atividades do serviço, tais como acompanhamento de visitas domiciliares, reuniões, cadastramento de

usuários, entre outros. Os dados foram registrados em um diário de campo, compartilhados por todo o grupo de pesquisadores e discutidos em reuniões sistemáticas.

Considera-se que o diário de campo é uma importante ferramenta da cartografia. Conforme Bocco (2009), o diário não pretende trazer um relato completo das vivências do pesquisador e também não é realizado em linguagem científica. Seu propósito é permitir a expressão dos movimentos experienciados a partir da espontaneidade dos agenciamentos, captando elementos do cotidiano. Além disso, é ressaltada sua dimensão coletiva, na medida em que é composto de uma multiplicidade que não se reduz àquele que escreve.

Um dos focos das discussões ocorridas durante a realização da pesquisa refere-se à articulação entre território, vínculo e inclusão no âmbito da saúde, tendo em vista que os usuários nômades rasuram a lógica proposta pelas políticas públicas. A seguir, são apresentados alguns dos resultados que marcaram as reflexões sobre essa articulação e seus efeitos sobre as práticas de saúde.

### **3 INCLUSÃO E USUÁRIOS NÔMADES**

Em tempos em que o discurso inclusivo aparece com grande força, atravessando diversos campos de saber e reverberando também nas políticas públicas de saúde, percebe-se, como ressalta Foucault (2008), que a inclusão é um imperativo neoliberal, que busca manter todos nas redes do mercado.

Nesse sentido, as ideias de igualdade e universalidade no acesso à saúde acabam por abarcar uma noção de controle e modulação dos corpos em prol da diminuição de riscos. No contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde nasce nessa perspectiva, a partir do advento da Reforma Sanitária, e justifica, em tais discursos, a organização e estruturação, por exemplo, das Estratégias de Saúde da Família que, atendendo em áreas adscritas, têm maior eficácia na abrangência e controle dos sujeitos/populações.

A Estratégia de Saúde da Família constitui-se como a principal estratégia brasileira de Atenção Primária à Saúde, apresentando-se, de acordo com Vanderlei (2005), a partir de um processo de descentralização, como uma estratégia de reorientação de um modelo assistencial baseado em um modelo biomédico, individualizante e fragmentado. Além disso, as questões relativas ao território ficam bastante evidentes nesse programa, na medida em que esses serviços são organizados em áreas restritas de abrangência e que, por sua vez, são divididos em microáreas acompanhadas sistematicamente por agentes comunitárias de saúde, presumindo a criação de vínculos entre equipe de saúde e usuários. Os atendimentos nas unidades de saúde são realizados mediante composição de cadastros que comprovem, através

de um endereço fixo, a residência dos usuários nestas áreas específicas. Assim, no ambiente de rotina dos serviços se torna possível “perceber o peso da norma organizacional na determinação da *inclusão* ou *exclusão* dos usuários” (FRANCO, 2009, p. 29).

Ainda, segundo o autor, a construção do SUS imprime aos serviços de saúde novas formas de se pensar o cuidado, novos discursos de saúde, assistência, cidadania – produções de novas subjetividades. Além disto, na medida em que o SUS se desenvolve teórica, prática e subjetivamente a partir do campo da vigilância em saúde, esse campo se traduz como “ordenador de experiências e modelagens de serviços de saúde” (FRANCO, 2009, p. 29), justificando as práticas de esquadramento e controle dos corpos e dos grupos.

As demarcações de territórios de maneira prática e utilitária respondem aos referenciais que marcam a promoção da saúde na atenção básica na medida em que esta aparece atrelada à associação entre condições de vida e saúde das populações em seus macrodeterminantes. A Política Nacional de Promoção à/da Saúde, na definição de áreas prioritárias e no intuito de embasar seu planejamento nas realidades locais prevê estratégias “voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção” (SILVA, 2011, p. 107). O imperativo “*saúde para todos*” colocado pelo Sistema Único de Saúde designa saúde como um direito, o qual também pode ser compreendido como um movimento de regulação dos usuários.

Ao considerar as políticas públicas como estratégias de normalização das irregularidades encontradas na população, essas podem ser entendidas como ações inclusivas que agem no sentido de normalizar partes da população afetadas pela pobreza, pela doença, pela falta de condições de acesso à previdência ou à escola, etc. (LOPES, 2009). Pode-se compreender, portanto, que a proposta das Estratégias de Saúde da Família inscreve-se em uma lógica inclusiva, apoiando-se na territorialidade para dar conta do imperativo ‘*saúde para todos*’ preconizado pelo SUS. O território assume relevância nessa proposta por presumir a criação de vínculos e a demarcação e rastreamento das vulnerabilidades dos indivíduos e grupos abrangidos pelos serviços de saúde.

As políticas públicas de saúde, ao organizarem-se sob os pressupostos de territorialidade, inclusão e vinculação, voltam-se para os sujeitos, suas condições de vida e fatores de riscos, com o objetivo de construir as estratégias de saúde avaliadas como mais adequadas. Entretanto, ao serem analisadas as formas pelas quais se constituem e se organizam as Estratégias de Saúde da Família na abrangência de atendimento a áreas adscritas, tal como preconiza a portaria GM/MS 399 (BRASIL, 2006) e de acordo com as especificidades de cada território, o que se encontra é a produção de fronteiras que limitam o

cuidado em saúde àqueles cujos endereços fixos integram determinadas áreas. Porém, os nômades, ao circular *entre* as fronteiras, áreas e microáreas de abrangência dos serviços, rompem com as relações de pertencimento produzidas pelas políticas públicas, problematizando os modos pelos quais se tem pensado e produzido saúde.

A noção de vínculo surge dessa intenção de aproximação dos serviços de saúde com as necessidades específicas de cada território/população. No contexto das Estratégias de Saúde da Família, isso justifica a escolha dos agentes comunitários de saúde entre os moradores das próprias áreas em que irão atuar. Nas visitas domiciliares, atividades em grupo e nos atendimentos individuais, as equipes expõem e incentivam informações e práticas de saúde e autocuidado, (re)inventando e (re)produzindo os processos saúde e doença.

A população nômade também é incluída nos discursos de saúde, mediante noções como vulnerabilidade e risco, em uma tentativa de normalizar as práticas e as lógicas que escapam àquilo que as políticas públicas de saúde conseguem monitorar ou *fazer o acompanhamento e a busca ativa quando necessário*, nas palavras das próprias agentes comunitárias de saúde. Dessa forma, na medida em que as noções de territorialização e regionalização aparecem como propulsoras de acesso, continuidade e acompanhamento para a promoção de saúde, o nomadismo é atrelado a uma ideia de risco, reforçada pela invisibilidade destes grupos no campo da saúde. Os vínculos *frágeis* produzidos entre os serviços e esses grupos de usuários evidenciam a fragmentação da atenção em saúde.

As equipes de saúde das ESFs esperam e, nesse sentido, ordenam seu trabalho na prerrogativa de usuários que se vinculam ao território, ao serviço e aos trabalhadores de saúde de uma determinada área, produzindo relações de pertencimento que ditam o acompanhamento, monitoramento e controle dos usuários. A distribuição dos usuários nos territórios constitui-se como algo naturalizado, sendo que os nômades circulam entre as fronteiras, desestabilizando a lógica inclusiva das políticas públicas de saúde.

#### **4 O QUE OCORRE DESTE ENCONTRO? ALGUMAS REFLEXÕES**

*Quando as pessoas se mudam o cadastro vira uma confusão. O pior é que as pessoas querem continuar sendo atendidas aqui, e não pode. Às vezes, vão pro outro lado da rua e não querem trocar de agente, aí brigam, não querem receber a agente nova. (Recorte do Diário de Campo, fala de uma ACS).*

A partir do encontro entre os usuários nômades e as equipes de Estratégia de Saúde da Família podem ser problematizadas algumas questões referentes às políticas públicas de saúde. Uma dessas questões é como a universalidade de acesso à saúde, ao mesmo tempo em

que se instaura como um direito de todos, também aparece emaranhada a uma lógica de controle dos usuários em um movimento de regulação da população. Entretanto, enquanto as políticas públicas, mediante as noções de território e vínculo, se esforçam para delimitar fronteiras e criar vias de acesso, os nômades apenas deixam rastros de suas passagens, borrando os limites, reinventando trajetos e embaralhando as normas.

Na articulação dos sujeitos ao espaço, o vínculo atrelado a fronteiras se torna estanque e, assim, limita e fragmenta a própria forma como se pensa e produz o cuidado. Durante a observação participante, as situações que se colocam, mais do que o nomadismo “convencional” daqueles que fazem do deslocamento um modo de vida (como os ciganos), têm sido daqueles que vêem a lógica nômade como uma forma de sobrevivência e resistência, apontando as instituições de saúde, trabalho e família como marcadores e motivadores das mudanças constantes. Estes andarilhos que transitam entre as ESFs parecem não pertencer a lugar nenhum.

Através dos olhares das equipes, a naturalização das práticas articuladas ao território, faz do vínculo, além de estanque, *obrigatório*. Assim, entre os *meus* e os *outros* (formas pelas quais as agentes de saúde se referem aos usuários dos serviços pertencentes ou não às microáreas) da área adscrita de cada Estratégia de Saúde da Família, os nômades rasuram a lógica inclusiva das Políticas Públicas de Saúde, mostrando que essas estratégias não respondem as suas necessidades.

No encontro com os usuários nômades, os dois pressupostos básicos – vinculação e territorialização – adotados pelas ESFs entram em conflito, produzindo dicotomias. Isto pode ser percebido, por exemplo, no relato do diário de campo trazido acima, pois, na medida em que se pressupõe como fundamental o processo de vinculação entre os agentes comunitários de saúde e os usuários para potencializar a promoção, orientação e acompanhamento de saúde, é incoerente a exigência de troca de agente comunitário quando ocorre a mudança de território, desfazendo vínculos já existentes e forçando a uma nova adequação do usuário no acesso ao serviço de saúde.

Além disso, as mudanças de território são constantemente afirmadas como um incômodo e um desajustamento desses sujeitos em relação ao que se compreende como a norma, ou seja, possuir residência fixa. Nesse sentido, os pressupostos de territorialidade, inclusão e vinculação das Políticas Públicas de Saúde também podem produzir vulnerabilidades, bem como intensificar as práticas de culpabilização e responsabilização dos sujeitos, estabelecendo por meio de cadastros e divisões de município/área/microárea quem

*pertence* ou *não* a cada unidade de saúde, mediante critérios de inclusão e exclusão dos usuários.

## REFERÊNCIAS

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. de. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BARROS, R. B. de; PASSOS, E. A Cartografia como Método de Pesquisa-Intervenção. In: ESCÓSSIA, L.; PASSOS, Eduardo; KASTRUP, V. *Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Meridiana, 2010.

BICALHO, P. P. G. de; MAGALHAES, K. C.; CASSAL, L. C. B.; GERALDINI, J. R. Cinquenta anos de produção do conhecimento: práticas políticas da pesquisa em Psicologia. *Psicol. cienc. prof.*, v. 32, p. 264-275, 2012.

BOCCO, F. Tsunamis e o conhecimento. In: \_\_\_\_\_. *Cartografias da infração juvenil*. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 39, de 22 de fevereiro de 2006*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 13 de jan. de 2013.

FRANCO, T. B., Andrade C.S., Ferreira V.S.C. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: *A produção subjetiva do cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2009.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M.; IÑIGUEZ ROJAS, L. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GONCALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9. p. 2043-2053, 2008.

KASTRUP, V. O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, 2007.

LOPES, M. C. Políticas de inclusão e governamentalidade. *Educação e Realidade*, v. 34, n. 2, p. 153-169, 2009.

PASSOS, E.; EIRADO, A. de. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. de. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

RONZANI, T. M.; STRALEN, C. J. van. Dificuldades de implantação do programa de saúde da família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileira. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 122-136, 2003.

SILVA, C. P.; SILVA, R.M.; DIAS, M.S.A.; NEGREIROS, J.A. SILVESTRE, J.A.C. Política nacional de promoção a saúde no contexto da estratégia de saúde da família. In: *Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família*. São Paulo: Saberes Editora, 2011.

VANDERLEI, M. I. G. *O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios*. Tese. (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Ribeirão Preto - USP: Ribeirão Preto, 2005.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Cartografia e Genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 454-463, 2011.