

Território e Sistemas Vitais na Saúde

Territory and Vital Systems in Health

Território y Sistemas Vitales en Salud

Anita Guazzelli Bernardes

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, Brasil

João Arriscado Nunes

Universidade de Coimbra (UC), Coimbra, Portugal

Resumo

Este artigo tem como objetivo colocar em análise o conceito de território na saúde. A proposta de reflexão focaliza as circunstancialidades e os efeitos que se constituem quando o conceito de território torna-se um vetor de produção de práticas em saúde. O território torna-se, na Política de Saúde, um conceito operacional das práticas, de modo a constituir-se como um vetor de organização e conexão de distintos elementos que emergem e se estabelecem no campo da saúde. O território se estabilizará para além de uma demarcação fronteiriça da Nação e assumirá uma conformação de agenciamento maquínico de corpos, espaços, relações, subjetividades, vida. A discussão sobre o território é feita a partir de alguns elementos das Políticas de Saúde e da noção de segurança de Sistemas Vitais.

Palavras chave: Saúde, Território, Sistemas Vitais.

Abstract

This article aims to put on analysis the concept of territory in health. The reflection proposal focuses on the circumstantialities and effects which are constituted when the territory concept becomes a vector of health practices production. The territory becomes, in Health Policy, an operational concept of practices, in order to make itself an organization and connection vector of distinct elements which emerge and are

established in the health field. The territory shall be established to beyond a border location in the Nation and shall achieve a form of a machine agency of bodies, places, relations, subjectivities, life. The discussion about territory is made from some elements of Health Policies and the notion about the security of vital systems.

Key words: Health, Territory, Vital Systems.

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo poner en análisis el concepto de territorio en salud. La propuesta de reflexión pone el foco sobre las circunstancialidades y los efectos que se constituyen cuando el concepto de territorio tornase un vector de producción de practicas en salud. El territorio tornase, en la Política de Salud, un concepto operacional de las practicas, de forma a constituirse como un vector de organización y conexión de distintos elementos que emergen y se establecen en el campo de la salud. El territorio se estabilizará más allá de una demarcación de frontera de Nación y asumirá una conformación de agenciamiento maquínico de cuerpos, espacios, relaciones, subjetividades y vida. La discusión sobre el territorio se hace a partir de algunos elementos de las Políticas de Salud y de la noción de seguridad de Sistemas Vitales.

Palabras clave: Salud, Territorio, Sistemas Vitales.

Este artigo tem como objetivo colocar em análise o conceito de território na saúde. A proposta de reflexão focaliza as circunstancialidades e os efeitos que se constituem quando o conceito de território torna-se um vetor de produção de práticas em saúde. A necessidade de tal reflexão se faz a

partir da problematização de diferentes modos de estabilização, organização e produção de modos de viver na saúde.

O conceito de território é discutido no campo da saúde, sobretudo, a partir da Reforma Sanitária e da Constituição de 1988 no Brasil. Neste processo de reformas na saúde, o

território é apontado como espaço da Nação e é neste espaço que se constitui a relação entre direitos e deveres. Na Lei Orgânica da Saúde de 1990 o território coincide com o espaço nacional, um espaço geograficamente delimitado pelas fronteiras com outros territórios nacionais, além de demarcar a soberania da nação sobre si mesma, sendo todas as ações e serviços de saúde, por exemplo, regulados nesse e por esse território.

Porém, a partir dessa base territorial, como espaço geográfico de localização de uma Nação, o território irá assumir configurações que diferenciam internamente o espaço nacional. O território torna-se, na Política de Saúde, um conceito operacional das práticas, de modo a constituir-se como um vetor de organização e conexão de distintos elementos que emergem e se estabelecem no campo da saúde. O território se estabilizará para além de uma demarcação fronteira da Nação e assumirá uma conformação de agenciamento maquínico de corpos, espaços, relações, subjetividades, vida: área de abrangência, processo, influência, rede. A interrogação se faz

justamente nessa dimensão do processo macropolítico para o micropolítico e, sobretudo, porque é nessa articulação -macro e micro - que se encontra o problema da cidade e da segurança com o qual o território se conecta. Um problema da cidade e da segurança na medida em que a migração das formas de investimento nessas para o território organiza outro tipo de agenciamento e, portanto, de práticas em saúde e modalidades de vida.

Para essa reflexão, em um primeiro momento serão discutidos os deslocamentos do território da Nação para território da cidade; a partir disso, o texto orienta-se para pensar os modos de estabilização do território nas Políticas de Saúde; a parte final da discussão encaminha-se na direção da problematização do território a partir das articulações entre população e sistemas vitais de segurança.

Circunstâncias de uma aproximação

Na análise que Foucault (2008) faz sobre a governamentalidade, a relação entre território e cidade é de reciprocidade, de modo que o território torna-se superfície da cidade e a própria

cidade torna-se aquilo que se governa nessa superfície. A questão, então, quando se considera o território a partir de uma problematização da cidade, é justamente a tentativa de pensar os elementos que compõem as estratégias das políticas de saúde com base territorial. Isso significa considerar as circunstâncias de aproximação do território com a cidade nos termos de um problema do presente, considerando alguns arranjos que estabilizam as articulações entre território e cidade, de modo a pensar sobre que problemas fazem surgir. A questão parte justamente da Lei Orgânica da Saúde, na qual o território não se aproxima da cidade, nem tampouco da urbanização de forma direta.

Entretanto, na prática o território em saúde, abordado nas normas, pode ser visto como uma região formada por um agregado de municípios e os termos que se referem ao território estão relacionados a uma questão administrativa e burocrática. Ou seja, predomina a corrente que entende o território em seu caráter político-administrativo. (Moraes, Canôas, 2013, p.53)

A primeira questão que se coloca é a forma como o território passa a aparecer como estratégia da Política de Saúde. Conforme investigação de Moraes, Canôas (2013) há três disposições do conceito de território na Política: nas NOBs, nas NOAS e na Estratégia de Saúde da Família. São elas formas de organização e distribuição de recursos, organização dos serviços e atuação de equipes. De maneira geral, essas disposições apóiam-se na concepção de espaço geográfico, considerando o mesmo como espaço político-operativo mas, sobretudo, como administrativo-burocrático. Para dar suporte a essas considerações, alguns autores Monken, Barcellos (2005), Haeshart (1999) têm apontado que essa forma de objetivação do território pela Política acaba por não absorver que o território é em si um "espaço do vivido", portanto, para se operar com essa categoria no âmbito da saúde é necessário considerar a territorialidade como modo de acesso ao território. A territorialidade traria para o território uma dimensão ontológica e não apenas tecno-administrativa.

A questão para esses estudos está na forma de considerar o território

a partir de elementos que marcam os processos de interação, circulação, modificação das relações entre população e espaço geográfico. Marcam com isso que a base territorial da Política é justamente o espaço onde a vida se desenrola e não apenas o meio no qual se encontra uma determinada população, de modo a se compreender os diferentes usos do próprio território, de maneira contextualizada e compartilhada, no sentido de uma gestão integral do cuidado Santos (2016).

O território, assim, assume uma condição na qual o exercício da Política torna-se possível, é sobre ele e a partir dele que as estratégias de saúde se constituem ou devem se constituir. A densidade do território se dá justamente nessas formas de o problematizar na saúde, pelas tensões que o tornam um problema na saúde. Há uma articulação do território como base administrativa, mas também como espaço de circulação e vida, porém, em ambas as direções o território assume a densidade de espaço, de lugar, de vida. Neste sentido, o território migra de um espaço nacional para o interior das articulações das Políticas de Saúde, de forma a

caracterizar uma superfície na qual essas acontecem.

A emergência do território nas Políticas de Saúde, não apenas nas atuais políticas do sistema brasileiro, é marcada pelas heranças das formas como a epidemiologia vai se aproximar do espaço. Silva (1997) assinala que essa aproximação se deu, entre outros elementos, pelo interesse nos avanços de fronteiras dos agentes infecciosos, mas direcionado aos focos naturais desses agentes, de modo a caracterizar o espaço como mero substrato epidemiológico. Entretanto, com os processos de urbanização há um deslocamento de interesse dos espaços naturais para os espaços urbanos e nesse deslocamento a epidemiologia encontra-se com a geografia, não mais apenas pela condição de espaço-meio natural, e sim pelo comportamento humano no espaço. Assim sendo, o objeto da epidemiologia se modifica: de um foco na relação entre humano-meio passa para os processos de saúde-doença nos espaços, especialmente os urbanos. Há uma dupla vetorização do território, neste sentido, por um lado uma articulação com o meio-espaço, mas por

outro articulado ao comportamento humano.

O território torna-se, assim, condição para se aproximar doença, comportamento humano e espaço, o que permite um processo que Foucault (2008) considera como naturalização da sociedade. A sociedade torna-se substrato para as políticas de saúde, para a vigilância epidemiológica, trazendo para essas o elemento vivo, dinâmico que circula nos espaços: os modos de interação da população. Naturaliza-se a sociedade e objetiva-se esta como dimensão na qual a vida acontece. E o que está em discussão nesses estudos supracitados sobre território na saúde é justamente a focalização na relação inextricável entre espaço e população. O território emerge como um problema para a saúde,

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas

unidades prestadoras de serviços de saúde (Monken, Barcellos, 2005, p. 898).

Além disso, o território é considerado em alguns estudos como o espaço da gestão e a gestão do próprio espaço, o qual se encontra com novas estratégias espaciais e usos múltiplos dos espaços vividos Beck (2010). Neste caso, o território encontra-se com um vivido em termos de uso dos espaços e da gestão, torna-se uma superfície estratégica de visibilidade e territorialidade. Neste caminho, a autora indica que a própria noção de macroregião deve ser considerada esgotada, pois não absorve a multiplicidade de territorialidades que emergem dos distintos usos dos espaços. As territorialidades conformam aquilo que Monken, Barcellos sugerem como as condições reais nas quais se constituem os modos de viver dos distintos grupos sociais e os processos de produção de saúde e adoecimento. O território, assim, marca a incorporação do espaço como dimensão contextual da vida e do desenrolar da vida, ao mesmo tempo em que permite que as relações sociais e as demandas por cuidados sejam espacializadas, de modo a tornar

possível não propriamente a gestão do espaço, mas, sobretudo, a gestão dos usos e modos de viver nesse espaço. O espaço, assim, cria uma dimensão concreta tanto para a política quanto para a própria população. Portanto, as categorias geográficas incorporadas à epidemiologia e gestão em saúde são essenciais, "observa-se um intenso debate no Brasil sobre a incorporação do conceito de espaço geográfico no campo da saúde coletiva" (Monken, Barcellos, 2005, p. 902).

É sobre a noção de espaço, então, que se constituem estratégias políticas, sobretudo as da Atenção Básica, pois é nela que se encontram dispostas a relação direta entre território e usos do espaço. Focalizando algumas Políticas da Atenção Básica, tais como Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a), Portaria 687/2006 (Brasil, 2006b), Lei 2488/2011 (Brasil, 2011) o território aparece disposto e estabilizado em relação ao espaço, mas em articulação com população, equipamentos, epidemiologia. Tratam-se de alguns casos, como sugere Stengers (2000), que como particularizações não pretendem tornar-se prova, mas permitem a exploração de certos modos

como se enunciam situações. Ou seja, são recursos de um rastreamento, de uma certa cartografia que permite, mais do que dizer o que é, considerar o que produz, o que faz aquilo que se faz em saúde.

Esses três componentes de um discurso em saúde - Pacto pela Saúde (Brasil 2006a); Portaria 687 (Brasil, 2006b); Lei 2488 (Brasil, 2011) - fazem um traçado do território segundo alguns elementos com os quais interagem. Esses três componentes abrem seus textos marcando o território como Nação, como espaço de abrangência e ao mesmo tempo de pertencimento. Trata-se de uma circunferência de fronteiras que se faz através de um pertencimento interno, ou seja, marca aquilo que vai das margens para dentro. Ao mesmo tempo, esse dentro passa a ser esquadrihado espacialmente. É quando o dentro se subdivide em unidades que também se articulam ao pertencimento e à abrangência, focalizando uma dimensão do território não propriamente nacional, mas, sobretudo local, seja por meio de municípios, distritos sanitários, regiões de saúde, áreas, subáreas, etc. Nesse caso, torna-se possível operar com duas

escalas geográficas: espaço nacional e espaço local, em uma relação de reciprocidade em termos de gestão das políticas.

Esse espaço nacional e local é composto por outro elemento que aparecerá nesses componentes que é a população. A população é pensada no espaço tanto pela condição daquilo que ocupa, existe no espaço, quanto por certas características que a constituem - perfil demográfico, epidemiológico, vulnerabilidade, riscos. Essas características são desenhadas localmente, à circunferência dos espaços nacionais e locais agrega-se a circunscrição da população em termos de localização, demandas e necessidades de saúde. Um elemento importante nessa articulação é a própria noção de Atenção Básica, pois é ela que agencia a relação da população com o espaço, é um equipamento de adstrição da própria população. Nesse caso, o território-espaço aproxima-se do território-vivido, entendendo que o vivido é circunscrito pelas características que compõem uma população que se dá a conhecer em um território localizado.

A Política da Atenção Básica (Brasil, 2011) é a que mais dispõe sobre o território. É nela que o território assume uma dimensão mais rizomática do que a que a antecede no caso do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a) e da própria Portaria da Promoção de Saúde (Brasil, 2006b). Na política da Atenção Básica (Brasil, 2011), o território se dispersa: se dispersa de um espaço nacional para o vínculo de equipes com a população; de centros urbanos para áreas de relevância; de características locais para vulnerabilidades e riscos específicos; de equipamentos para formas de enfrentamento e participação. No Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b), do qual se formulará a própria Política da Atenção Básica (Brasil, 2011), o território é a circunferência e abrangência da Política de Saúde e a forma de localização da população, marcando o local pela articulação municipal de responsabilização das ações em saúde e condição de aproximação com as necessidades locais. A Promoção de Saúde (2006b) disporá o território nacional em termos estratégicos da extensão da Política por meio de metodologias de avaliação localizadas, que focalizam perfis

epidemiológicos, riscos, vulnerabilidades.

Entretanto, é importante assinalar que assim como se entende que a Atenção Básica se constitui por um mecanismo rizomático, ou seja, sua concepção e arquitetura é agenciada por um processo de proliferação de conexões, um elemento produtivo, maquínico do território; também se entende que a Atenção Básica apresenta uma outra característica que é a de um modelo arborecente Deleuze, Guattari (1995). O modelo arborecente de produção pode ser visto através do organograma do SUS e da ESF, ou seja, um modo de produção verticalizado/hierarquizado, no qual os elementos micropolíticos são organizados por uma estrutura ascendente macropolítica. Essa dupla vetorização da Atenção Básica permite por um lado a proliferação rizomática, de processos de constituição do próprio território; e por outro lado, uma produção arborecente de adequação a uma estrutura hierarquizante.

A questão para esta discussão reside justamente em perguntar-se como o território se articulará à cidade. O que aparece nesses textos das Políticas são

referências ao urbano e urbanização no Pacto pela Saúde e na Portaria da Promoção de Saúde, como localização-espço; aspectos que recaem sobre os processos de saúde e adoecimento; formas de ocupação do espaço e intersetorialidade. Não há uma acentuação desses conceitos - urbano e urbanização - como local de um problema ou estratégia para responder propriamente ao problema, pois aparecem de forma periférica. A cidade aparecerá apenas na Política da Atenção Básica para referir centros urbanos, porém, não acontecerá nas outras duas Políticas.

Nessas articulações do território com o urbano/urbanização e a cidade, no texto das Políticas e da própria problematização do território, há um borramento do urbano/urbanização/cidade, nos quais a sua intensidade é subsumida pelo território. É importante assinalar que esse acontecimento do território na Política de Saúde segue algumas seqüências e trajetórias nas quais o urbano/urbanização e cidade se conectam, porém de um modo distinto do que ocorre em certa medida no século XX no País.

Deslocamentos e acontecimento:

É interessante nesse momento considerar algumas pistas que Stengers (2000) dá para pensarmos sobre um acontecimento: o que acontece às nossas histórias humanas quando uma mudança de argumento estabelece outras modalidades de relação com o mundo que acaba por nos proibir de duvidar do próprio acontecimento que as funda? Nesse caso, é de se interrogar o que faz com que o território torne-se um vetor por excelência das práticas em saúde, de tal modo que não se trata mais de considerar se ele existe ou não, mas sim as linhas de argumentação e proliferação, sobretudo, as políticas que o tornam possível de ser assimilado, experimentado, justificado como estratégia na saúde, portanto como modalidade de produção de formas de viver.

As políticas de saúde no século XX têm uma circunstancialidade, que é a cidade. Essas políticas são tributárias não propriamente de problemas de saúde, mas especialmente do problema das cidades e da circulação da população nesse espaço. De tal modo

que cidade, urbano, processos de saúde e adoecimento assumem uma tal espessura que não é possível separá-los para organizar os diferentes modos de investimento e controle da circulação nos espaços Caponi (2002). Além disso, a própria epidemiologia apresenta uma relação direta com o problema da cidade, conforme indicado anteriormente, de modo que a epidemiologia se faz no próprio espaço da cidade Silvia (1997). A cidade também é tomada como espaço e um espaço de circulação, ou seja, também é objetivada como local de modos e formas de viver. O que acontece é justamente que a cidade torna-se um elemento fundamental para a formação dos Estados Nação, da soberania do Estado, conforme indicado no início do texto, e estratégico para a regulação da própria população. A cidade é um problema justamente porque é sobre ela que se torna possível a própria população.

A dimensão espacial das políticas de saúde é fundamental para se entender aspectos como a produção de informação e de saber que fundam o conhecimento das populações e das dinâmicas da saúde/doença e sua

distribuição, assim como na administração das intervenções e do controle e avaliação destas. Não é casual que os indicadores de saúde e as variáveis que permitem o seu cálculo sejam referidas a unidades espaciais circunscritas, e não por exemplo, a populações móveis ou em fluxo, o que obrigaria a outra forma de conhecer e de agir Deleuze, Guattari (1995). Uma reflexão mais geral sobre como pensar a espacialidade e a constituição de territórios nas condições em que uma parte considerável da população vive em zonas em que domina a desapropriação e a violência encontra uma importante fonte no conceito de linha abissal e suas implicações, proposto por Santos (2014). A discussão do autor assinala como as formas de organização e distribuição social são marcadas por mecanismos de exclusão e inclusão, sendo que em certas zonas os mecanismos de exclusão são abissais. Para compreender esses mecanismos de exclusão abissal e, sobretudo, modificá-los Santos (2014) advoga a necessidade de uma ecologia de saberes, que implica outras formas de conhecer e agir para a transposição de linhas que marcam

estratégias de não existência, violência e desapropriação nos próprios territórios.

Os textos supracitados que problematizam o território também argumentam nessas duas direções - do espaço e da população, quando acentuam a dimensão ontológica da geografia do meio/local, inclusive conjuntamente com as Políticas, focalizando a extensão micropolítica e múltipla do próprio território. A questão que se coloca é como do investimento nas cidades se migra para o investimento nos territórios, que jogos passam a contar na medida em que há uma modificação nos argumentos e nas estratégias, portanto nas modalidades de vida, mediante as quais a cidade passa a ser subsumida no território, ou seja, o elemento-evento é o território e não mais propriamente a cidade que agencia as práticas em saúde. Isto é colocado porque, embora o território adquira uma significância no âmbito das Políticas de Saúde, a cidade/urbanização continua a se fazer presente, porém ocupando um outro lugar.

A cidade se faz presente quando, por exemplo, em Nota Técnica de sanitaristas da Saúde Coletiva sobre microcefalia e doenças vetoriais

relacionadas ao *Aedes Aegypti* Abrasco (2016), assinala-se que

se visitarmos as periferias das grandes cidades e as chamadas zonas especiais socialmente vulneráveis, onde as carências são de toda ordem, ver-se-á um quadro sanitário tão grave que nenhuma quantidade de veneno poderá resolver o controle vetorial, ao que acresce o fato de que as pessoas terão sua saúde gravemente comprometida. (p. 1)

Indica-se na Nota Técnica a importância de articulação entre políticas urbanas e de saneamento para responder às demandas, mas especialmente às necessidades sociais de saúde. Desse modo, a cidade, o espaço urbano, não desaparece, inclusive é objetivado como espaço fundamental de investimento para a melhoria das condições de vida. É a partir da sua caracterização que se compreenderá o aparecimento das formas de saúde e adoecimento contemporâneas ao justapor problemas de "moradia, saneamento e urbanização" como estratégicos para responder a eles. Mas algumas pistas nessa Nota Técnica contribuem para a compreensão da modificação dos

argumentos e, com isso, a colocação do território de modo a subsumir a própria cidade:

Frisamos o simplismo no trato da questão por parte do MS que reduz a causalidade da Dengue, da Zika e da Chicungunya, centrando as ações na tentativa de eliminar ou reduzir o vetor, o que deve ser substituído, insistimos, pela ação de medidas de cunho intersetoriais para intervir no contexto socioeconômico e ambiental. (Abrasco, 2016, p. 1).

Ou seja, aquele espaço da cidade que fora foco das formas de governo da população começa a ser questionado a partir das próprias estratégias de combate a endemias e epidemias que outrora foram utilizadas e que persistem nos dias de hoje: a redução de, e combate aos vetores. As cidades analisadas por Foucault (2008; 1995; 2005) como espaço da governamentalidade e da própria noção de sociedade, começam a se transformar em territórios, em contextos socioeconômicos e ambientais.

Collier, Lakiff (2009) consideram que há uma modificação a partir do final do século XX em termos de segurança. Na análise desses autores,

torna-se importante considerar que a noção de segurança assume uma outra forma - Sistema Vital -, que difere daquilo para que as discussões foucaultianas sobre o dispositivo de segurança nos séculos XIX e XX apontavam: a segurança da soberania do Estado e da população. Isso não implica um desaparecimento do problema de segurança da população, ou mesmo um afastamento dessas questões que surgem a partir do século XIX, fundamentalmente. Mas o conhecimento e as intervenções em segurança se voltam para um outro campo de problemáticas: a vida coletiva depende de uma rede infraestrutural complexa que a deixa em condição de vulnerabilidade no caso de seu rompimento, fragilização. Isto significará focalizar os sistemas vitais que compõem a vida coletiva na atualidade: sistemas de saúde, transporte, comunicação, energia, meio ambiente, economia. E é neste deslocamento que uma outra forma de estabilização das Políticas de Saúde aparece, mediante a qual o território passa a assumir uma propriedade maior que a própria cidade. O território não mais como espaço do Soberano, apesar

de indicar a Soberania Nacional, o território não mais propriamente como espaço da cidade/população, apesar de ser indicador de saúde, mas o território onde se localiza um sistema vital complexo. Um bom exemplo disto seria a questão crescentemente central para as políticas públicas do acesso à água e sua distribuição e gestão, que em muitos casos (veja-se o caso de São Paulo, por exemplo), obriga a criar formas de delimitação e governo de territórios como as bacias hidrográficas.

Não se trata de considerar o território como uma prova do foco na segurança dos sistemas vitais, mas pensá-lo como um acontecimento nas práticas de saúde mediante o qual é possível uma outra forma de operação do dispositivo de segurança. Isso implica que o território em si mesmo não é produtor de sentidos, mas faz parte de uma trajetória do dispositivo de segurança que modifica a própria racionalidade do dispositivo: das cidades-população para os sistemas vitais. Diferentemente da cidade como espaço de circulação da população, o território permite um plano de composições e estabilizações no qual a cidade e população tornam-se mais um

elemento de um sistema vital. O território possibilita o arranjo de um conjunto heterogêneo de investimentos e preocupações que vão constituir o próprio território como um sistema de infraestrutura complexa, como uma rede que articula, por exemplo, saneamento, moradia, ambiente. Como indica a Nota Técnica, não se trata mais de voltar-se para o vetor em si, mas principalmente considerar a infraestrutura complexa que abriga vetores, ou seja, um sistema interdependente. O que significa não propriamente o tipo de soluções que o investimento nos sistemas vitais implica, mas, sobretudo, os problemas e respostas que se organizam nessa composição.

Na análise de Collier, Lakoff (2009), há uma modificação de práticas voltadas para a segurança da soberania nacional e da segurança da população, para a segurança dos sistemas vitais. Isso para Collier (2008) aponta uma mudança nos mecanismos de avaliação e intervenção sobre ameaças: de um conhecimento baseado em arquivos de informação estatística sobre ameaças à segurança para um conhecimento a partir da encenação de possibilidades de ameaças, uma forma de antecipação de

certas catástrofes que fragilizariam os sistemas vitais. Esse conhecimento baseado na encenação de catástrofes aponta para uma nova abordagem de conhecimento sobre a vida coletiva, focando especialmente na emergência de novas composições sociais de risco, vulnerabilidade e de segurança, porém implicam novas modalidades de exclusão. Isso significa não propriamente a prevenção ou a eliminação de riscos, mas, sobretudo, a mitigação dos impactos dos riscos e vulnerabilidades possíveis nos sistemas vitais de segurança em certas zonas, enquanto que em outras uma potencialização justamente da fragilidade dos sistemas vitais. Para esses autores isso conformaria uma nova política da verdade.

Essa nova política de verdade, baseada no conceito foucaultiano de regimes de verdade, implica outro conjunto heterogêneo de práticas e objetos, no caso específico desse texto, nos dispositivos de segurança. Os dispositivos de segurança, quando pensados por Foucault (2008), focalizavam especialmente os eventos que caracterizavam os modos de viver da população, de modo a constituir um

conjunto de práticas para a regulação das formas de circulação da população nos espaços da cidade, conforme já escrito, ou seja, as modalidades de vida se constituíam pelas formas de regulação e controle da população. A segurança dos sistemas vitais, como outra política da verdade, não abandona propriamente a população e a cidade, mas essas serão tomadas como um elemento que compõe as ameaças aos sistemas vitais, ou seja, a presença ou ausência de certas condições e mecanismos que permitem lidar com certos eventos, que encontram no território um vetor de subjetivação fundamental.

Com isso, o regime de visibilidade dessa política da verdade passa a iluminar a necessidade de preservação dos sistemas vitais, por exemplo, do sistema de saúde e do ambiente que se fragilizam por meio das transformações que ocorrem no território. Se outrora a biopolítica se voltou para o controle e segurança da vida da população, agora a política se volta para o controle e segurança dos sistemas vitais. População e cidade, na biopolítica, eram dimensões domesticáveis e reguláveis a partir de

distintos mecanismos de gestão da forma de condução de condutas com foco na vida da população. Com a segurança dos sistemas vitais o foco da gestão é na "vida" dos sistemas vitais. Os sistemas vitais compõem o território que agora deve ser protegido. A avaliação da vulnerabilidade e do risco não é mais relativa especificamente à população, mas sobretudo à segurança dos sistemas vitais.

Com isso torna-se importante considerar as implicações da existência da linha abissal e de zonas em que a própria noção de sistema vital é problemática. A linha abissal, conforme discute Santos (2014) produz uma fratura no mundo, entre norte e sul. Essa fratura não é apenas geográfica, mas política e social, de modo que aquilo que se encontra no lado sul da linha abissal é, segundo o autor,

“de fato não existente. Não existente significa não existir de nenhuma forma relevante ou compreensível do ser. O que é produzido como não existente é radicalmente excluído porque se encontra além do universo do que a concepção aceita de inclusão considera como seu outro” (Santos, 2014, p.22).

Dado que essas zonas do lado sul da linha abissal são sujeitas a processos de desapropriação e de exploração extrativista, na medida em que o que opera sobre o não existente são formas de exploração e violência, a segurança dos sistemas vitais torna-se um modo de garantir não propriamente os recursos dos sistemas vitais para o lado sul, mas a apropriação destes para a manutenção do lado norte da linha, ou seja, procura garantir a viabilidade dos sistemas vitais nas zonas “civilizadas” (água, energia, matérias primas, commodities, por exemplo) enquanto que há uma fragilização das zonas do lado sul da linha abissal.

Essas considerações sugerem alguns elementos que podem auxiliar a compreender os deslocamentos da população/cidade para o território. O território se torna para a segurança dos sistemas vitais uma superfície privilegiada de visibilidade e de práticas na medida em que é nele em que se distribuem e se organizam os próprios sistemas, como no caso da saúde. A saúde, desse modo, torna-se um sistema complexo que envolve infraestrutura, meio ambiente, saneamento, que quando ameaçados ou fragilizados

corrompem o funcionamento de todo o sistema, mas que colocam em jogo o lado da linha que será privilegiado pelos mecanismos de segurança e o lado da linha que será justamente expropriado para a manutenção do outro lado. Neste caso, a cidade e a população são um dos elementos que compõem o território, um sistema vital, mas não são em si mesmo o foco da segurança do sistema vital. A atenção que se deve dar às territorialidades refere-se, no caso do dispositivo de segurança, ao conjunto de elementos humanos e não humanos que tornam o território uma superfície de riscos e vulnerabilidades para um dos lados da linha, enquanto que para o outro de abandono e violência.

Desse modo, quando a epidemia da Zika torna-se um ameaça nacional isso assinala a própria fragilidade do sistema de saúde, torna-se um risco à segurança do sistema vital de saúde. Os modos de ocupação e usos do território são eles mesmos, ameaças nessa concepção de segurança dos sistemas vitais. Essa atenção e tensão se dá porque o foco é sobre urgências e emergências relativas a um futuro, a agentes causadores de ameaças improváveis de serem combatidas,

como no caso do *Aedes Aegypti*, que envolve uma complexidade que é de ordem infraestrutural, econômica, ambiental e social e que apenas passou a ter visibilidade na medida em que migrou do lado sul da linha para o lado norte, colocando todo o território em situação de vulnerabilidade e risco. O território amplia a noção de cidade, nesse sentido, pois opera tanto numa dimensão macropolítica, como no caso da Nação, quanto micropolítica, como no caso das regiões de saúde. Ele permite ao dispositivo de segurança a elaboração de um conjunto de protocolos, de georeferenciamento, nos quais se articulam as dimensões humanas e não humanas, assim como um mapeamento da circulação e extensão dos processos sociais que não se restringem à interioridade do território nacional. O território nacional está em relação de vizinhança com outros territórios por meio dos sistemas vitais e aquilo que afeta um território tem potencialidade de migrar e se estender a outros territórios. Então não mais os movimentos apenas das populações sobre o território, mas os movimentos das distintas ameaças que se deslocam entre os territórios e em

particular os que transpõem a linha abissal, como os movimentos de refugiados e imigrantes, por exemplo, ou a circulação de patógenos.

Algumas considerações

Se tomamos as considerações de que se trata de uma modificação na política da verdade, a emergência do território nas Políticas de Saúde nos dão algumas pistas do jogo que se constitui entre a biopolítica e a segurança dos sistemas vitais, ou seja, da espessura e estabilidade que o território passa a ter não apenas para designar um espaço nacional, mas sobretudo, uma superfície onde é possível acessar os sistemas vitais, de modo a se constituir outros modos de vida: as territorialidades em saúde. Ambos se constituem no dispositivo de segurança, porém, novos elementos passam a contar mais do que outros. Assim como o território é uma estratégia de aproximação da Política de Saúde com a população, é por meio dele também que se torna possível um outro campo de visibilidades que extravasam a própria população e sua relação com o território.

O território vivido, seja pelos modos de ocupá-lo ou usá-lo, permite o acesso á áreas de relevância no que diz respeito a vulnerabilidades e riscos. Não é mais a cidade em si mesma que será um risco ou apresentará riscos, é o território que permite acender e encenar um conhecimento das possibilidades de ameaças, de vulnerabilidades. O conhecimento que se produz pelo território amplia o escopo da segurança, colocando em jogo, conforme assinalamos, que algumas ameaças serão mais vitais do que outras, na medida em que mais que atingir uma população, atingem um sistema vital. De modo que a população faz parte de um problema do presente, enquanto que o sistema vital faz parte de um problema do futuro.

As áreas de relevância assinalam aquilo que nas cidades não tinha visibilidade: os riscos e vulnerabilidades de certas territorialidades para o sistema vital. A problemática da urbanização, neste caso, deixa de ser uma estratégia de regulação da população para se tornar uma ameaça ao território, ao sistema vital. Isso torna o território uma evidência nas Políticas de Saúde, de modo a não conseguirmos mais pensá-

las sem articulá-las pelo território. A cidade e a população que figuraram como elementos incontornáveis e possíveis pelas Políticas de Saúde, agora são subsumidas no território, que se torna a própria superfície mediante a qual é possível a organização, planejamento e administração do sistema de saúde.

Referências

- Abrasco. (2016). *Nota técnica sobre microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao Aedes aegypti: os perigos das abordagens com larvicidas e nebulizações químicas – fumacê*. São Paulo: Fiocruz. Recuperado de <https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace/#.V2EKQXQkn2Q>
- Brasil. (2006a). *Pacto pela Saúde 2006*. Consolidação do SUS. Brasília-DF: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de

- Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. Recuperado de http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). Portaria nº 687 de 21 de outubro de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf
- Brasil. (2011). Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília-DF. Recuperado de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
- Becker, B. K. (jan.-abr./2010). Novas territorialidades na Amazônia: desafio às políticas públicas. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.*, Belém, 5(1):17-23.
- Collier, S. J. (2008). *Enacting catastrophe: preparedness, insurance, budgetary rationalization*. *Economy and Society*, London, 37(2), 224-250. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/03085140801933280>
- Collier, S. J., & Lakoff, A. (2009). *On vital Systems Security*. Paper presented at the University of Helsinki Collegium, Helsinki, Finland, february 2008. Graduate Program in International Affairs. The New School. International Affairs Working Paper.
- Caponi, S. (nov-dez/2002). *Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada*. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6):1665-1674.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*. vol. 1. Rio de janeiro: Ed. 34.
- Foucault, M. (1995). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

- Foucault, M. (2005). Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, população*. São Paulo: Martins Fontes.
- Haesbaert, R. (1999). Região, diversidade territorial e globalização. *GEOgraphia*, 1,15-39.
- Monken, M., & Barcellos, C. (mai-jun/2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 898-906.
- Moraes, D. E., & Canôas, S. S. (2013). O conceito de “território” e seu significado no campo da atenção primária a saúde. *Revista Desenvolvimento Social*, 9, 49-57.
- Santos, A. M., & Giovanella, L. (mar/2016). Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(3), e00172214.
- Santos, B. S. (2014). Más alla del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes. Em B. S. Santos, & M. P. Meneses (Orgs). *Epistemologías del Sur* (Perspectivas) (p. 21- 66). Madri- Espanha: Ediciones Akal.
- Silva, L. J. (out-dez/1997). O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(4), 585-593.
- Stengers, I. (2000). *As Políticas da Razão: dimensão social e autonomia da ciência*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
-
- Anita Guazzelli Bernardes**
Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e Pós-doutora pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Atualmente é Docente e Pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).
E-mail:
anitabernardes1909@gmail.com

João Arriscado Nunes

Doutor em Sociologia pela Universidade de Coimbra (1993); Professor Catedrático da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, co-coordenador do Programa de Doutoramento “Governança, Conhecimento e Inovação” e Investigador Permanente do Centro de Estudos Sociais.

E-mail: jan@ces.uc.pt

Enviado em: 07/06/17 – **Aceito em:** 20/03/18
