



Ciências Sociais Unisinos

ISSN: 1519-7050

periodicos@unisinos.br

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Brasil

Fontes, Breno Augusto; Lima, Rogério de; Lima, Jorge Alexandro de
Promoção de saúde e participação social: o modelo de atenção básica do Sistema de Saúde
Brasileiro
Ciências Sociais Unisinos, vol. 46, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 65-79
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
São Leopoldo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93820632009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Promoção de saúde e participação social: o modelo de atenção básica do Sistema de Saúde Brasileiro

Promotion of health and social participation: The basic care model of the Brazilian Health System

Breno Augusto Fontes¹
basmf@gmail.com

Rogério de Lima²
rogalvlim@yahoo.com.br

Jorge Alexandro de Lima³
barbosadelima@yahoo.com.br

Resumo

A reforma sanitária no Brasil introduziu uma série de mecanismos de gestão que incorporam, por um lado, a prática de participação popular e, por outro, a ênfase na promoção da saúde. Os mecanismos de participação popular são diversos, tais como conselhos municipal, estadual e federal de saúde e a incorporação dos movimentos sociais na formulação de políticas de saúde. Neste artigo, tratamos de uma prática de participação popular em saúde que vem sendo experimentada a partir da introdução dos programas de saúde comunitária, inicialmente com os PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), depois com o PSF (Programa de Saúde da Família). A partir da mediação estabelecida entre a comunidade e os trabalhadores de saúde com os Agentes comunitários de saúde, analisamos essa prática assumida como instrumento de inclusão territorial e comunitária nas políticas de saúde. Com um estudo empírico em quatro cidades brasileiras, avaliamos a adequação do modelo a distintas realidades socioculturais e os obstáculos à plena realização dos ideais de democracia participativa.

Palavras-chave: saúde, redes sociais, Programa Saúde da Família.

Abstract

The health reform in Brazil has introduced a number of management mechanisms which incorporate popular participation, and, on the other hand, emphasis on health promotion. In this article we aim to focus on a health practice that involves popular participation, which has been carried out since the introduction of community health programs, at first with HCAP (Health Community Agents Programs), and later with FHP (Family Health Program). Since the intermediation established between the community and the health workers with the community health agents, we analyze this practice as an instrument of territorial and community inclusion within health policies. With an empirical study in four Brazilian cities we have evaluated the adequacy of the referred model to different socio-cultural contexts, as well as the obstacles to the achievement of participatory democracy ideals.

Key words: health, social networks, Family Health Program

¹ Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Av. Acadêmico Hélio Ramos, s/n, Edifício do CFCH, 12º andar, Campus da UFPE, Recife, PE, Brasil.

² Doutorando em Sociologia, do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Av. Acadêmico Hélio Ramos, s/n, Edifício do CFCH, 12º andar, Campus da UFPE, Recife, PE, Brasil.

³ Sociólogo, Técnico de pesquisa do NUCEM (Núcleo de Cidadania), do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Av. Acadêmico Hélio Ramos, s/n, Edifício do CFCH, 12º andar, Campus da UFPE, Recife, PE, Brasil.

Introdução

A partir da reforma sanitária no Brasil, iniciada com a aprovação do texto constitucional e posterior matéria legislativa regulamentadora, inicia-se uma nova fase na saúde pública. Seguindo as principais diretrizes da Organização Mundial de Saúde – que refletem tendências mundiais de condução de políticas de saúde pública – são adotados três princípios norteadores: universalidade, integralidade e equidade. Este novo paradigma compõe o chamado Modelo SUS (Sistema Único de saúde), uma máquina complexa integrando todo o sistema de atenção à saúde, desde os procedimentos mais elementares até as intrincadas intervenções da medicina moderna. Este sistema é operado a partir de pacto federativo que normatiza a distribuição de competências e recursos e incorpora tendências de gestão pública descentralizadoras, com o destaque dado aos atores locais. O modelo de atenção municipal plena, englobando toda a pirâmide de atenção à saúde, tem padrões regulatórios nacionais e execução local. Os processos de decisão das políticas se apóiam, para além de um desenho de democracia representativa, em diversos mecanismos de participação popular, desde práticas integradas de promoção de saúde no campo da atenção básica, até os Grandes Conselhos Nacionais, formados por representantes da sociedade civil que discutem e elaboram as diretrizes da política.

O modelo de gestão em saúde pública no Brasil passa por uma série de transformações dentre as quais destacamos o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), que pode ser considerado resultado de uma luta histórica do Movimento Sanitarista no Brasil. Na realidade, o PSF surgiu a partir da formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo do Ministério da Saúde. O objetivo principal do PSF consistia em reduzir a mortalidade infantil e materna, fazendo com que os serviços de saúde tivessem uma cobertura mais ampliada, ou seja, abrangendo as áreas mais carentes. Como principal característica do PSF destaca-se o atendimento aos indivíduos e à família, tendo como pressuposto básico o desenvolvimento de ações que visem promover, proteger e recuperar a saúde. Nessa perspectiva, acredita-se que o PSF, como modelo de atenção à saúde, contribuiu para a redução da mortalidade infantil, para o controle de doenças como hipertensão, diabetes etc. Parte desses resultados é alcançada devido à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro de um território no qual devem orientar as famílias.

Pretendemos, neste artigo, discutir este novo modelo de atenção à saúde a partir de um recorte conceitual e empírico: o da atenção básica, fortemente ancorado em um território e tendo por pressuposto a ampla participação popular. Nesse território se inscrevem as sociabilidades cotidianas, as práticas de interação entre amigos, vizinhos e familiares e as práticas associativas diversas (religiosas, lúdico-recreativas, políticas). A partir da análise de entrevistas com as famílias assistidas pelo Programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, gestores, médicos e enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde de quatro cidades de diferentes regiões do país, destacamos, neste artigo, as seguintes

questões: é possível afirmar que, de fato, existe a incorporação de uma mentalidade de gestão que reúne os ingredientes da participação e controle social? O modelo de atenção básica de saúde realmente consegue por em prática os princípios de promoção da saúde em cooperação com os atores locais?

O novo paradigma de gestão: saúde, território e redes

Este novo paradigma está ancorado em dois pressupostos fundamentais: (i) a ideia de que seja necessária a participação popular na gestão das políticas, incorporando diversos atores da sociedade civil antes não visíveis no cenário político; (ii) o fato de que o local seja valorizado, baseado no princípio de que questões locais podem ser resolvidas de forma mais satisfatória, se consideram as vozes da comunidade, se os interesses e os processos decisórios se aproximam e se, finalmente, acontece a eficácia do processo público quando se consideram máquinas administrativas mais ágeis e mais transparentes.

Como percebemos, muito mais que a vontade do legislador, a boa execução do sistema depende de uma série de fatores bastante complexos, muito deles agindo de forma independente e desarticulada dos outros. Ingredientes como desenho organizacional das agências públicas envolvidas, cultura política e práticas de sociabilidade cotidianas das comunidades envolvidas, densidade associativa e presença ou não de organizações que atuem na área de saúde, por exemplo, são alguns mais importantes. Ainda não é possível, no quadro atual de conhecimento, desvelar por completo estes modelos complexos. Tem-se assistido, na verdade, a uma descoberta da existência de realidades com grau de (in) determinação variadas, deslocando, desta forma, as tradicionais visões de conhecimento com substratos metafísicos. O que se denomina atualmente de sistemas complexos, com aplicações em diversas matizes de conhecimentos, desde a física quântica a modelos econômicos (os que se aplicam à análise de bolsas de valores, por exemplo) remete à ideia de realidade com ingredientes de imprevisibilidade, deslocamentos que dificilmente se enquadram em uma teoria fechada. Com efeito, sistemas complexos poderiam ser definidos como “compostos de muitos elementos e/ou subsistemas diferentes interagindo espacialmente e temporalmente de forma não linear” (Souza, 2004, p. 407). Nas ciências sociais, duas versões importantes se destacam: a ideia de rizoma e a ideia de autopoiesis.

Deleuze (Deleuze e Guattari, 1995), em seu clássico *Mil platôs*, assinala a importância de se introduzir a variabilidade/imprevisibilidade na análise dos fenômenos sociais. Esse autor assim apresenta a ideia de rizoma:

[...] diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços da mesma natureza; ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não signos. O rizoma não se deixa reconduzir nem ao Uno nem ao

múltiplo. Ela não é o Uno que se torna dois, nem mesmo que se tornaria diretamente três, quatro ou cinco, etc. Ele não é um múltiplo que deriva do Uno, nem ao qual se acrescentaria (n+1). Ele não é feito de unidades, mas de dimensões ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda. Ele constitui multiplicidades lineares a n dimensões, sem sujeito nem objeto, exibíveis num plano de consistência e do qual o Uno é sempre subtraído (Deleuze e Guattari, 1995, p. 33).

Em outra perspectiva, Luhmann (1995) introduz a ideia de autopoiesis, derivada da interpretação de sistemas biológicos em Maturana (Maturana e Varela, 1992). Luhmann parte de fontes diversas para a elaboração de sua teoria do sistema, mas se encontram também ingredientes que vão de encontro a modelos lineares da compreensão da realidade. Um desses, talvez o mais importante, seja exatamente a ideia de equilíbrios sistêmicos não lineares, trabalhados pelas teorias de comunicação, indicando que transferências de informação, no interior de um sistema e também entre o sistema e seu ambiente, resultam em equilíbrios provisórios e possibilidade de respostas instáveis.

As trocas que acontecem no sistema são organizadas a partir de fluxos informacionais. Equilíbrios provisórios são estabelecidos, indicando uma (des)ordem provisória⁴, e fluxos comunicativos entre os atores/membros sistêmicos (re)estruturam o equilíbrio⁵. Um sistema torna-se cada vez mais complexo na medida em que há o aumento dos fluxos comunicativos entre os atores, e a introdução de novos, resultantes das interações entre o sistema e o ambiente:

Um sistema diferenciado, afirma, não é aquele composto por um número extenso de partes e pelas relações entre elas, mas aquele que encerra um número significativo de diferenciações sistema/ambiente em suas operações. Cada uma dessas diferenciações, em cada corte considerado, reproduz a integridade da clivagem sistema/ambiente (Melo, 2006, p. 354).

Autopoiesis é uma expressão de origem grega que literalmente significa algo que se (re)produz, indicando, de um lado, um constante refazer, algo que efetivamente não pode ser conhecido a partir de sua essencialidade metafísica; por outro, que, mesmo considerando este equilíbrio sempre provisório, ele existe e incorpora, de certa forma – e aqui diferentemente da ideia de rizoma – certa estabilidade. Com efeito, segundo Luhmann,

Autopoiesis não pressupõe necessariamente que o ambiente do sistema é completamente desprovido de operações nas quais o sistema se reproduz. No ambiente dos seres vivos existem outros organismos, no ambiente das consciências, outras consciências. Mas, em ambos os casos, o sistema mantém processos de reprodução que podem ser usados exclusivamente de forma interna (Luhmann, 1995, p. 35).

O conceito de autopoiesis é central na teoria social de Luhmann (1998)⁶, e indica, como vemos, uma concepção da sociedade envolvendo uma complexa articulação, com estabelecimento de processos de equilíbrio no interior do sistema e intensos fluxos comunicativos entre o sistema e o ambiente. Incorpora, ao lado dos escritos pós-modernos e seus pressupostos epistemológicos – cuja expressão bem conhecida é a ideia de rizoma de Deleuze (Deleuze e Guattari, 1995), uma nova visão de análise social, destronando aquelas ancoradas em pressupostos quase que transcendentais do fenômeno social.

Com esta breve síntese, pretendemos, a partir de um exame cruzado de ingredientes fundamentais do modelo de promoção à Saúde, protagonizado pelo PSF (Programa de Saúde da Família), indicar os impasses e desafios a seu bom funcionamento. Escolhemos dois conceitos fundamentais: território e participação popular, os quais são ingredientes presentes nas diretrizes gerais do modelo SUS e fundamentais para a organização do PSF. Apresentamos uma análise transversal, combinando textos legais mais significativos a respeito (Leis, Decretos-Lei, Normas Operacionais, Resoluções) e uma série de informações extraídas, a partir de questionários e entrevistas, de operadores do sistema (Médicos, Enfermeiros, Agentes de Saúde, Gestores) e usuários (famílias cobertas pelo PSF nas comunidades estudadas). Estas informações fazem parte do banco de dados sobre Atenção Básica, do NUCEM⁷, o qual foi montado a partir de informações de pesquisa empírica desenvolvida por seus pesquisadores⁸.

Apresentamos, agora, algumas informações referentes aos dados da pesquisa recolhidos nas cidades de Recife, Campinas, Fortaleza e Porto Alegre. Foram feitas entrevistas semiestruturadas com membros da comunidade (moradores e líderes comunitários), médicos, enfermeiros e gestores do Programa Saúde da Família – PSF. As análises das entrevistas foram realizadas a partir de cinco temas (promoção à saúde, participação popular, território e organização comunitária, avaliação do PSF, e organização do Sistema Único de Saúde –

⁴ Segundo Luhmann (1995, p. 48), “and adequately stable system is composed of unstable elements [...] the most impressive consequence is that a new interdependence of the disintegration and reproduction of elements results. Systems with temporalized complexity depend on constant disintegration”.

⁵ “[...] autopoietische Systeme sind Systeme, die nicht nur ihre Strukturen sondern auch die Elemente, aus denen sie bestehen, im Netzwerk eben dieser Elemente selbst erzeugen” (Luhmann, 1998, p. 65).

⁶ Segundo Luhmann, sua teoria social se apóia em três níveis de análise: “(a) die allgemeine Systemtheorie und in ihr die allgemeine Theorie autopoietischer Systeme; (b) die Theorie sozialer Systeme; (c) die Theorie des Gesellschaftssystems als eines Sonderfalls sozialer Systeme” (Luhmann, 1998, p. 79).

⁷ Núcleo de Cidadania do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco.

⁸ Principalmente a pesquisa Redes Sociais e Saúde, financiada pelo CNPq e desenvolvida durante os anos 2005-2007. Para detalhes sobre extração da amostra dos questionários, roteiros de entrevistas e outras informações, consultar NUCEM (2007).

SUS). Também entrevistamos famílias atendidas nas Unidades de Saúde (US) pesquisadas e aplicamos 1228 questionários, a partir de amostra aleatória das famílias atendidas nos distritos sanitários escolhidos de cada uma das quatro cidades, selecionamos algumas Unidades de Saúde (US) nas quais foram entrevistados todos os ACS.⁹ As quatro cidades escolhidas representam características bastante particulares, resultando em quatro estruturas territoriais diversas. Em Fortaleza, grande metrópole da Região Nordeste, a maioria das Unidades de Saúde foi implantadas recentemente. Escolhemos os Distritos de Saúde IV e V, abrangendo duas grandes áreas bastante povoadas, com população preponderantemente de baixa renda. Em Recife, também outra metrópole nordestina, escolhemos os distritos sanitários III e IV, áreas com população preponderantemente de baixa renda, com trajetórias de organização das Unidades de Saúde mais antigas e com importantes histórias associativas. Em Porto Alegre, cidade mais importante da região sul do país, escolhemos o distrito sanitário Partenon-Lomba do Pinheiro, área densamente povoada preponderantemente com população de baixa renda. Porto Alegre conta com Unidades de Saúde bem consolidadas, e sua população apresenta níveis de organização comunitários bastante expressivos. Há uma história importante de práticas de gestão participativa. Na região da nossa pesquisa, a comunidade é conhecida por sua história de práticas de organização comunitária. A cidade de Campinas, uma importante metrópole da região sudeste, conta com mais de 2,5 milhões de habitantes em sua região metropolitana (São Paulo, 2007). Campinas organiza as Unidades de atenção básica de forma particular, a partir do conceito de *Paideia*, "com ênfase no trabalho multiprofissional onde a responsabilidade pela saúde das famílias e do território era de todos e não centrada em um único profissional" (Carpintéro, s.d.). Há neste modelo campineiro algumas particularidades que não são encontradas no modelo clássico do PSF com a equipe de saúde da família constituída de médico generalista, enfermeiro e agentes de saúde. Além disso, também estão presentes outras especialidades, como ginecologista e pediatra. Em Campinas, realizamos nossa pesquisa no Distrito de Saúde Norte, que conta com quase 200 mil habitantes. Há um número importante de pessoas de classe média, e a região está bem servida de equipamentos urbanos. Portanto, há neste contexto, perfil socioeconômico e distritos diferentes das outras cidades da nossa pesquisa.

A nossa análise parte do pressuposto de que o bom entendimento de políticas públicas deve ser pautado na hipótese de uma complexa interação entre os atores envolvidos: não é

possível extrair ingredientes definitivos desta prática, embora seja razoável haver uma apreciação em que questões centrais sejam destacadas, indicando, dessa forma, tendências (sempre provisórias, é verdade). Pensando o modelo de atenção básica concebido pelo SUS, temos a base legal, uma série de normas que definem, estabelecem competências e dividem responsabilidades entre os atores públicos. Isso também supõe uma relação intensa entre os atores públicos locais e a comunidade na qual os serviços estão localizados. O corpo normativo é, por sua vez, objeto de processos legislativos que culminaram no que se denomina reforma sanitária: uma intensa batalha de interesses na definição do modelo de saúde pública, com importantes protagonistas inscritos na sociedade civil (associações civis diversas, Organizações Não Governamentais), Partidos Políticos e Grupos profissionais¹⁰. Esta base legal produz as diretrizes fundamentais para a organização burocrático-administrativa do sistema, dividida nos atores inscritos nos três níveis da federação (Governo Federal, Estados Federados e Municípios), o chamado pacto federativo, em que recursos e competências são distribuídos. Mas existem também as competências fiscais e legislativas, atravessando os entes federados. Isso permite, por exemplo, que a capacidade legislativa e de imposição fiscal não coincidam com a executiva. Para o nosso caso, a reforma sanitária prevê competências executivas assumidas pelos municípios (em sua forma mais acabada, a gestão plena, em que todos os procedimentos de assistência ficam a cargo da autoridade municipal¹¹), mas os campos legais e fiscais ficam distribuídos pelos três entes federados. Em muitos casos, não tendo capacidade legiferante para assuntos relativos à saúde, os municípios organizam seus serviços a partir de um marco regulatório estabelecido pela federação ou pelos estados; da mesma forma, também, os recursos que financiam a saúde têm origem predominante de fontes do Governo Federal, a partir de transferências.

O quadro local se define a partir da interconexão complexa de atores, constituindo arenas particulares segundo suas vicissitudes. Para o caso do PSF, ingredientes de participação e de gestão territorial, presentes nos textos legais, se particularizam; resulta, pois, em uma interação complexa entre o campo normativo, os componentes de sociabilidade presentes nos territórios, e os complexos arranjos dos atores locais. Isso confere particularidade única a cada município, mais importante ainda para o caso do Brasil, país de dimensões continentais e com consequentes diferenças significativas entre suas regiões¹².

Nossa análise, portanto, se pauta na interrelação entre estes três grandes blocos de variáveis. A Figura 1 sintetiza o modelo do Programa da Família.

⁹ Em cada US escolhida foram entrevistados todos os ACS, excetuados os que estavam de licença, de férias, ou afastados por qualquer outro motivo.

¹⁰ Consultar, a respeito da reforma sanitária no Brasil, Fontes e Dornellas (2008).

¹¹ Ver, a propósito, Brasil (1996) NOB 96, de 06/11/1996.

¹² Embora tenhamos informações detalhadas sobre os municípios estudados, não ensaiaremos aqui uma análise comparativa. O perfil sociodemográfico dos entrevistados é relativamente semelhante. Nossa análise é pautada a partir de uma série de temáticas, analisadas a partir da perspectiva da fala dos atores e da legislação e informações sobre o modelo de gestão.

**Figura 1:** Território e participação popular.**Figure 1:** Territory and popular participation.

Nesse modelo, como revela a Figura 1, é possível pensar o conceito de redes como articulação complexa de campos institucionais diversos (governos, comunidades, organizações civis, instituições científicas, sociabilidades primárias – inscritas em grupos de amizade, de parentesco e de vizinhança); as redes que constituem o modelo de atenção básica no Brasil, com o PSF como principal instrumento executor, se formam a partir dos três campos descritos acima e se inserem no que denominamos em outra ocasião de círculos sociais (Fontes e Dornellas, 2008) derivados das redes sociotécnica, socioinstitucional e socio-humana:

- (a) Rede sociotécnica – constitui um tipo de rede que se institui no interior dos sistemas organizacionais altamente regulamentados, públicos ou privados, visando responder à necessidade de planejamento de ações intersetoriais complexas, que criam tensões na base do sistema social e repercutem verticalmente no interior do sistema organizacional de baixo para cima;
- (b) Rede socioinstitucional – constitui um tipo de rede que se institui em sistemas organizacionais medianamente regulamentados, visando responder a demandas entre agências governamentais e não governamentais; envolve diferentes instituições formais, governamentais e não governamentais, com o fim de criar uma plataforma de governança nos níveis municipal e distrital. Objetiva estimular solidariedades e atores implicados com a formação de uma esfera pública no plano local;
- (c) Rede socio-humana – constitui um tipo de rede que articula num plano pré-político os indivíduos através de

famílias, vizinhanças, amizades e camaradagens. O objetivo de tais redes que pré-existem no aparelho estatal é de permitir que os indivíduos possam se socializar e adquirir um lugar no interior do grupo de pertencimento. “Esse tipo de rede é estruturante da vida social e sem ela não existe a categoria abstrata chamada indivíduo” (Fontes e Martins, 2008, p. 114).

Os atores de tais círculos sociais, em suas sociabilidades, constroem práticas e desenham campos institucionais particulares, resultantes dessa articulação complexa e de práticas particularizadas, segundo características dessas sociabilidades. Na sequência deste trabalho, apresentamos uma análise desta dinâmica de atores. Essa análise parte do destaque das práticas inscritas territorialmente e dos processos de participação popular, ressaltando sempre o quadro de provisoriedade do que se pode extrair dessa realidade complexa. As categorias “território” e “participação” serão recortadas a partir das falas dos atores, sempre no encontro com o discurso dos textos legais e, em alguns momentos, dos acadêmicos. Essas narrativas recortam a realidade, talvez em alguns casos de forma imagética; realidades que podem, é certo, ter outros recortes, outras possibilidades de compreensão.

A categoria território

A categoria “território”, expressão polissêmica, constitui-se em ingrediente principal da ideia da atenção básica, fazendo parte do discurso da saúde pública, principalmente a partir da conferência Alma-Alta¹³. O item V desta declaração, com efeito,

¹³ Conferência de Saúde realizada na cidade de Alma-Alta (ex URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) em 1978. Nesta conferência foram questionados os modelos tradicionais da medicina curativa e colocada, como agenda central das políticas, a adoção de práticas de promoção e de cuidados preventivos. Consultar Araújo (s.d.).

afirma que "Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham". Nesse momento paradigmático, este princípio se constitui em instrumento norteador das políticas de saúde em todo o mundo até hoje. Donati (1994), por exemplo, comenta uma série de documentos publicados pela OMS, com o título geral de *Saúde para todos no ano 2000*, em que estão presentes estes ingredientes de orientação para a atenção básica e a valorização do território enquanto principal veículo para a promoção da vida saudável:

Na base do modelo está a ideia de que a saúde é um fato global, de caráter processual e relacional, que implica considerar todos os aspectos da existência humana de forma interrelacionada. A saúde é muito mais que uma questão de qualidade de vida e da possibilidade de dispor de serviços médicos cada vez mais especializados, embora estes tenham um importante papel. O sistema sanitário deveria, entretanto, ser direcionado não sobre a simples extensão dos grandes sistemas de seguro social e sobre as macroestruturas do tipo hospitalar, mas, sobretudo, sobre o autocontrole das comunidades, alocando recursos para as estruturas especializadas somente de forma subordinada e onde sejam necessários. Como consequência, a ideia de se desenvolver serviços a nível territorial, não como apêndice do sistema médico, mas como nível de primeira importância para a solução de grande parte dos problemas de saúde na vida cotidiana (Donati, 1994, p. 206).

Cerca de dez anos mais tarde, esta mesma instituição, em seu relatório anual, reafirma este princípio fundamental: "A atenção primária à saúde: uma infraestrutura profissionalizada organizada a partir da interface com a comunidade" (WHO, 2008, p. 52).

O modelo brasileiro, preconizado pelo SUS, incorpora a ideia de território – aqui definida de forma ampla como espaços político-institucionais delimitados – no desenho de sua rede de assistência. A lógica do território deve incorporar a capacidade de distribuição dos serviços de saúde a partir de "redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de interrelacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis" (NOAS SUS 01/01 – Brasil, 2002). O recorte físico é, às vezes, feito a partir de marcos institucionais precisos (limites dos municípios ou estados federados), instituído e normatizado a partir de um corpo legislativo; as competências estabelecidas são praticadas a partir de campos institucionais fortemente regulados – as organizações da burocracia pública, embora, também estejam

abertas a campos variados de práticas, segundo características de seus operadores (os funcionários), de seus usuários e dos cidadãos, não cidadãos, ou quase cidadãos¹⁴. Este recorte institucional incorpora também partícipes não inscritos na lógica burocrática, já que prevê um paradigma construído por fora de seus protagonistas, neste caso o modelo idealizado de um território estruturado a partir das sociabilidades de seus habitantes, com padrões e práticas identificados a partir de pressupostos do gestor, do acadêmico. De qualquer forma, a meta consiste em normatizar uma "construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política" (Mendes *et al.*, 1993, p. 167).

Do ponto de vista do gestor municipal, são estabelecidas bases de atenção à saúde, primeiro, a partir da relação entre os diversos campos institucionais que compõem o SUS. Feito isso, inicia-se a construção do sistema municipal de atenção à saúde, a partir do equilíbrio entre seus atores relativamente a suas práticas, seus papéis e responsabilidades:

[...] com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário – os municípios – quanto à instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada – o poder municipal – apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população (Brasil, 1996, NOB 96, p. 12).

A ideia é fortalecer a responsabilidade dos municípios, levando em consideração suas histórias de organização social; favorecer o aspecto criativo da gestão pública que, ao invés de agir com políticas centralizadas, busca, por meio dos diversos Conselhos¹⁵, pela ação integrada entre os diversos níveis de atenção e com a participação direta do usuário, criar um mecanismo de controle e de responsabilidade compartilhada pelo serviço prestado. Devemos levar em conta o fato de que no município há a maior proximidade entre o cidadão e o agente público e que, para além dos Conselhos, o cidadão, em sua Unidade de Saúde, se faz presente também por intermédio de sua associação.

Para o caso específico do PSF, a noção de território é central. Em um primeiro momento, a mudança de paradigma de atenção, do modelo curativo para o de promoção a saúde, requer como princípio a consideração não do indivíduo, receptáculo do corpo a ser cuidado, mas daquele que é sujeito, que está presente em um campo ativo de vida, compartilhada com outros e construída coletivamente: o indivíduo que é resultante de suas sociabilidades, de suas trajetórias biográficas particularizadas por quem e por onde anda. Nesse sentido, sugere o texto legal:

¹⁴ Sobre o conceito de cidadania, ver Fontes e Dornellas (2008).

¹⁵ Não cabe aqui inventariar os mecanismos de participação e de controle social existentes no SUS. Cabe apenas a menção de diversos campos institucionais de controle social e de gestão participativa, entre os quais citamos os conselhos, nos diversos níveis político-administrativos (federal, estadual e municipal). Para mais detalhes sobre o assunto, consultar Coelho (2007).

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpore e transcenda a ética do individual. Isto exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (estabelecendo um vínculo entre quem presta o serviço e quem o percebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde (Brasil, 1996, NOB 96, p. 15).

Constitui pressuposto fundamental do PSF a ideia de território, de base de atenção primária ancorada em um espaço¹⁶. Neste território, os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) são recrutados, atuando enquanto intermediários fundamentais entre a Unidade de Saúde e a comunidade¹⁷; e os campos de sociabilidade primária (principalmente a estrutura familiar) e secundária (as associações, ONGS e outras entidades civis) são considerados participantes nesta nova concepção de promoção de saúde.

Esta concepção de território incorpora alguns ingredientes do discurso acadêmico, como a ideia de um campo de demarcação simbólico, no qual se apresentam claramente os processos de inclusão/exclusão, de pertencimento¹⁸; e também um recorte espacialmente delimitado, em que recursos são distribuídos, apropriados, compartilhados.¹⁹

O modelo do PSF instrumentaliza esta noção de território a partir de uma série de prescrições relativas à implantação da Unidade de Saúde, de como os profissionais devem proceder, da relação entre a atenção à saúde e os atores presentes na comunidade. Assim, são requisitos para a delimitação das áreas do PSF:

- (a) a área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
- (b) o agente deve ser um morador da sua microrregião de atuação, há pelo menos dois anos;
- (c) a área deve delimitar comunidades, preferencialmente

aquelas mais organizadas, (d) que participem do controle social das ações e serviços de saúde em diversos fóruns como as conferências e conselhos de saúde; (e) a área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando “áreas homogêneas de risco; (f) a área deve conter uma unidade básica de saúde (USB) que será a sede da ESF e local de atendimento da população adstrita; (g) os limites da área devem considerar barreiras fiscais e vias de acesso a transporte da população às unidades de saúde” (Pereira e Barcellos, 2006, p. 50).

Incorporando este ingrediente (o território), há o fato de se considerar, para além dos recortes dos acadêmicos, dos técnicos e dos legisladores, a realidade de cada lugar, a combinação complexa dos elementos diversos que compõem o fluxo de sociabilidades ancoradas territorialmente. Há, também, que considerar, para além desta realidade, as representações dos atores sobre o território, que orientam suas práticas e, às vezes, embotam os enunciados das políticas, configurando, dessa forma, uma distância entre intenção e gesto. Intenção dos legisladores, gestos traduzidos em práticas relativamente afastadas deste desenho de política desejada. Faremos agora, a partir das falas dos atores, uma primeira aproximação de como o território é vivido e pensado.

Das falas dos entrevistados, destacamos, no campo *Território e organização comunitária*, discursos dos ACS, das famílias, dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e dos gestores (gerentes de Distritos Sanitários) (ver Quadro 1). A quase totalidade dos recortes remete às sociabilidades secundárias (práticas associativas e organizações sociais), inclusive àquelas localizadas ilegal e clandestinamente, como é o lugar do tráfico.

Iniciando com a temática das sociabilidades primárias, há o registro interessante do atendimento diferenciado das Unidades de Saúde, relativamente ao tradicional, que diz respeito exatamente ao fato de que o profissional de saúde estabelece relações mais densas, inclusive com afetos e demonstrações de carinho, típicas de laços fortes. Essas manifestações de sociabilidade são construídas a partir de interações continuadas no tempo, e a presença física, resultante do compartilhamento do território, do fato de morarem na mesma comunidade. Com efeito, segundo informa uma Agente de Saúde,

¹⁶A noção de espaço é mais abstrata, remetendo a um campo filosófico de construção de conceito. Não é, portanto, um referente da realidade, mas um indicador de leitura: “An important feature of concepts of space is that they are neither prescriptive nor empirically descriptive. They help us to order and structure our experiences, but they do not relate to one given object or fact. They relate only to a formal aspect of all objects, which can be abstracted from their other features. In other words, if we have defined an object in terms of a concept, ‘space’, we have not established any of its other features” (Werlen, 1992, p. 143).

¹⁷Sobre os ACS, consultar Fontes e Dornellas (2008)

¹⁸“O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente em casa. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais estéticos, cognitivos” (Guatarri e Rolink, 1986, p. 323).

¹⁹Designa-se por território uma porção da natureza e, portanto, do espaço sobre o qual uma determinada sociedade reivindica e garante a todos ou a parte de seus membros direitos estáveis de acesso, de controle e de uso com respeito à totalidade ou parte dos recursos que aí se encontram, que ela deseja ou é capaz de explorar (Haesbaert, 2004, p. 56).

Eu morava numa localidade que era bom porque eu passei a conhecer o paciente, a família e toda a vida eu gostei disso. Eu me sinto realizada, a gente trabalha melhor a família, porque passa a ter um vínculo, conhece melhor. Quando eu vou fazer a visita, eu sei quem é o paciente. Mesmo que ele vá ao consultório, eu já sei que aquela pessoa é dona Maria que mora na rua tal, as condições de moradia (EFA Severina).²⁰

Os moradores entrevistados²¹, em sua grande maioria, moram no bairro há mais de cinco anos, com vínculos importantes entre os vizinhos, como nos mostram as Tabelas 1 e 2. Tais vínculos se traduzem em amizade, com resultados concretos em fluxos diversos de recursos (favores diversos, ajuda financeira, emocional, compartilhar das festas e comemorações, entre outros). Também importante destacar que apenas 19% dos

Quadro 1: Matriz de análise de conteúdo.

Chart 1: Matrix analysis of content.

Temas para análise	Pessoas entrevistadas e temas mais frequentes em suas falas			
	ACS (Agentes Comunitários de Saúde)	Famílias	Médicos e enfermeiros	Gestores
Promoção da saúde	Saúde masculina	Saúde masculina	Poder Médico Demanda por atendimento tradicional Práticas de Promoção à Saúde Saúde Masculina	Dificuldades na prática de promoção à saúde
Participação popular	Conscientização da comunidade Os Conselhos de Saúde O papel dos ACS	Funcionamento dos Conselhos Corporativismo territorial Participação da comunidade Controle Social	Participação da comunidade Controle Social	Corporativismo Territorial Ouvidoria Conselho Municipal de Saúde As ONGS Participação da Comunidade Mobilização da população a partir das lideranças Incentivos seletivos Lideranças populares e clientelismo
Território e organização comunitária	A questão do gênero Vida Associativa	Trajetória política das lideranças Escassez de Quadros Vida Associativa Associações e Partidos Políticos	Territórios e sociabilidades Parceria com escolas	O lugar do tráfico
Avaliação do PSF	Alta demanda para atendimentos			

²⁰ As referências das pessoas entrevistadas estão classificadas segundo local de residência do entrevistado – Fortaleza (F), Recife (R), ou Porto Alegre (P) – e seu status – Agente comunitário de Saúde (A), Familiar (F), Gestor (G) e Profissional da Unidade de Saúde, médico ou enfermeiro (P). Assim, por exemplo, EFA significa entrevistado de Fortaleza (EF), Agente Comunitário de Saúde (A), Líder Comunitário (CO). Os nomes dos entrevistados são fictícios, garantindo-lhes o sigilo da informação.

²¹ Os entrevistados apresentam o seguinte perfil: em sua maioria são mulheres (78,3%), com baixo nível de escolaridade (70% delas cursaram até o ensino fundamental) e sua renda média é em torno de um salário mínimo mensal. Ocupam-se preponderantemente no setor informal da economia (empregos sem contrato formal de trabalho e sem inscrição previdenciária); há uma importante população de desempregados ou não desenvolvendo atividade remunerada (donas de casa e estudantes).

entrevistados afirmam não trocar favores com os vizinhos²², que parte significativa deles afirma confiar nos vizinhos, com apenas 10,8% dos entrevistados afirmando não confiar de forma alguma nos vizinhos.

Tabela 1: Tempo de residência no bairro.

Table 1: Length of residence time in the neighborhood.

	Frequência	% geral	% válido	% acumulado
Menos de um ano	42	3,4	3,4	3,4
Entre um e cinco anos	152	12,4	12,5	15,9
Mais de cinco anos	1026	83,6	84,1	100,0
Total	1220	99,3	100,0	
Missing NS/NR	8	,7		
Total	1228	100,0		

Fonte: NUCEM (2007). Levantamento Direto.

A vida comunitária assim se estabelece: contatos frequentes entre os vizinhos, com circulação de recursos, enfim, compartilhamento e construção do cotidiano. É preciso ressaltar que a vida comunitária e a construção de sociabilidades ancoradas no território constitui uma característica de populações pobres da América Latina, fato confirmado em inúmeros estudos sobre o assunto²³.

O fato de os ACS morarem no mesmo bairro das comunidades onde trabalham é justificado pelo fato de que, conhecendo

as pessoas (e isto é bem provável nos bairros investigados, onde maioria da população lá reside há vários anos), facilitaria o acesso aos serviços das Unidades de Saúde e aos procedimentos de promoção de saúde, fundamentais nesta nova filosofia de serviços. Médicos e enfermeiros intermediados pelos ACS e moradores da comunidade teriam mais possibilidades de oferecer práticas diferentes daquelas exclusivamente ancoradas na medicina curativa.

Devemos considerar também os efeitos perversos desta proximidade entre os ACS e a comunidade. Os ACS relatam o incômodo de serem constantemente procurados pelas pessoas, mesmo em horários noturnos ou finais de semana. Nas palavras de uma ACS, "as pessoas perdem respeito por nós, pelo fato de a gente morar na comunidade e estar sempre próxima, ter afinidade" (ERA Anisia). Tal fato indica uma percepção personalista do ACS, não como um servidor público, com obrigações de deveres de atenção universais aos cidadãos, mas aquele que dispõe de serviços e cuidados diferenciados, segundo o tipo de conhecimento seguindo referências despersonalizadas²⁴. Este mesmo fenômeno se manifesta de outra forma, no uso dos recursos dos ACS (basicamente, marcação de consultas e distribuição de medicamentos) para instrumentalização clientelística. Os ACS têm poder e fazem uso dele para mobilizar recursos de seus interesses. É muito comum, por exemplo – fato que veremos mais adiante – a presença dos ACS em políticas partidárias, sempre mediada por sua liderança em grupos comunitários. Muitas vezes essa liderança é reforçada por meio recursos que mobiliza a partir de sua posição enquanto servidor público. A inserção dos ACS em política comunitária e partidária é bem vista, potencializando o papel destes profissionais. Com efeito,

O poder do Agente de Saúde, eu acho, é bastante grande e pouco utilizado pela comunidade e pela própria equipe. A gente se envolve muito com as lideranças comunitárias e com essa questão política. Participar da organização comunitária é uma função do Agente Comunitário. Tem muito agente de saúde que entrou para se lançar candidato a isso ou aquilo (EPA Marluce).

Tabela 2: Relação dos entrevistados com os vizinhos do bairro.

Table 2: Relationship between the interviewed participants with their neighbors.

	Frequência	% geral	% válido	% acumulado
Sem relacionamento	27	2,2	2,2	2,2
Só bom dia e boa noite (formal)	390	31,8	32,3	34,5
Troca favores na necessidade	279	22,7	23,1	57,7
Somos amigos	494	40,2	40,9	98,6
Outro	17	1,4	1,4	100,0
Total	1207	98,3	100,0	
Missing NS/NR	21	1,7		
Total	1228	100,0		

Fonte: NUCEM (2007). Levantamento Direto.

²² Entre os favores listados estão apoio na doença (33,7%), conselhos (20,6%), empréstimo de comida ou dinheiro (16,4%).

²³ Consultar Fontes (2003) e Lomnitz (1975, 2003).

²⁴ E o que indica, de outro modo, o depoimento abaixo de um morador de uma das comunidades estudadas: "teve uma vez que estive doente, com dengue, e falei com a agente de Saúde [...] eu prefiro ir a uma farmácia e comprar o remédio porque as agentes de saúde não atendem a gente bem. Ficam de cara feia porque a gente está pedindo. Eu me chateio" (ERF2 Gilberto).

Relativamente à relação do ACS com a política partidária e associativa, há alguns reparos importantes. De um lado, é sabido que há um envolvimento intenso dos ACS nestas práticas, com a utilização de recursos que dispõe para mobilizar capital político; mas também é fato que constitui uma das principais atribuições dos ACS a mobilização da comunidade para a participação em campanhas de promoção à saúde, o que significa que é desejável uma articulação intensa entre as unidades de saúde e as redes associativas da comunidade. Sendo o ACS a principal ponte entre a US e a comunidade, tem-se o fato de que seja desejável esta inserção, o que é bastante valorizado pelos ACS: "eu acho que é um trabalho da gente correr atrás da melhoria da comunidade e fazer parte do movimento comunitário; incentivar o povo a participar do movimento comunitário" (ERA1 Anisia). Há um limite pouco claro e muitas vezes não respeitado entre trabalhar no sentido de promover o empoderamento da comunidade via maior participação de seus membros em práticas associativas, de um lado, e o de utilizar recursos oriundos da função pública para interesses políticos, de outro lado.

Participação popular: entre apatia e desmobilização

Relativamente à dinâmica das sociabilidades territoriais, há ainda que considerar aquelas derivadas das sociabilidades secundárias, onde os protagonistas se inscrevem em práticas ancoradas territorialmente: são os participantes de Igrejas, associações civis diversas (lúdico-recreativas, assistenciais, reivindicativas, educativas, entre outras). Estas sociabilidades são decorrentes de uma série bastante complexa de fatores, que determinam, por exemplo, percepções em relação a participar ou não, confiança nas Instituições, separação esfera pública e privada, entre outros. Para nossa análise escolhemos três variáveis, dispostas nas tabelas abaixo: Importância dos bens intangíveis para a determinação da qualidade de vida, nível de participação em Associações voluntárias, e níveis de confiança em Instituições Cíveis e governamentais.

É Consenso entre os especialistas que as Instituições no Brasil não são bem avaliadas pela população, e esse fato se re-

Tabela 3: Fatores julgados importantes na determinação da qualidade de vida bens intangíveis.

Table 3: Factors deemed as important in the determination of the quality of life intangible assets.

	Saúde	Segurança	Política	Religião	Serviços Comunitários
Muito grande	71,4	51,3	10,4	49,3	34,8
Grande	24,5	35,6	20,6	34,2	36,8
Mais ou menos	2,6	6,6	24,1	8,5	11,3
Pouco	,7	2,9	12,8	4,4	5,8
Nenhuma	,8	3,6	32,1	3,6	11,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: NUCEM (2007). Levantamento Direto.

Tabela 4: Participação dos entrevistados em instituições.

Table 4: Participation of the interviewed participants in institutions.

	Org. Religiosas	Sindicato	Partido Político	Associações Comunitárias	ONGs
Não participa	64,7	91,4	95,3	83,7	94,5
Ocasionalmente	6,5	3,1	,7	5,6	1,3
Só nos momentos mais importantes	3,7	2,9	1,6	5,6	,1
Regularmente	22,7	1,7	1,5	3,1	3,1
Participa na coordenação	2,5	,8	1,0	1,9	,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: NUCEM (2007). Levantamento Direto.

Tabela 5: Nível de confiança dos entrevistados em instituições da sociedade civil.

Table 5: Level of confidence of the interviewed participants in civil society organizations.

	Família	Igreja	Sindicatos	Associação Comunitária	ONGs	Partidos Políticos
Muito grande	55,5	40,9	6,0	10,6	10,4	1,8
Grande	28,9	32,4	20,2	26,0	23,8	6,7
Mais ou menos	10,0	16,2	26,4	30,2	21,2	19,5
Pouco	2,7	4,7	10,2	13,3	9,5	11,6
Nenhuma	2,9	5,9	37,2	19,9	35,1	60,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: NUCEM (2007). Levantamento Direto.

Tabela 6: Nível de confiança dos entrevistados em instituições governamentais.**Table 6:** Level of confidence of the interviewed participants in government institutions.

	Serviços de Saúde	Sistema Educacional	Justiça	Polícia	Governo Local
Muito grande	18,7	21,3	9,3	6,6	5,8
Grande	33,8	35,9	19,5	22,2	22,6
Mais ou menos	28,5	26,6	30,0	33,4	34,7
Pouco	10,9	8,9	16,0	14,4	12,8
Nenhuma	8,0	7,3	25,2	23,3	24,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: NUCEM (2007). Levantamento Direto.

flete nos baixos índices de confiança apresentados em diversas pesquisas de opinião. Especialmente nas Instituições políticas, há uma descrença que se traduz na desconfiança nos políticos, na certeza do uso para interesse próprio e apropriação privada dos bens e ausência de defesa dos interesses de seus representantes. Esse fenômeno é denominado por Banfield (1958) como "familismo amoral", encontrado em comportamentos de populações do sul da Itália no final da década de 50 do século passado, e parece estar bem presente entre os nossos entrevistados. Tal expressão foi criada para dar conta da ausência do espaço público, consubstanciada na "situação em que a solidariedade social e o sentimento de pertencimento não se prolongavam fora do ambiente da família" (Reis, 2000). Representações da política como algo sujo, espaço de negociações são o universo desta ética invertida. O fato de que este sentimento se estende para toda a prática política, para os processos de mobilização de recursos que impliquem em ação coletiva é traduzido na baixa participação das pessoas em associações de diversas, não somente as de cunho político partidário.

As tabelas anteriores são expressivas em relação a este fenômeno. Destarte, os entrevistados manifestam baixíssimo nível de confiança em qualquer forma de mobilização coletiva, em especial os partidos e sindicatos, e apresentam direção semelhante no que diz respeito à participação: a grande maioria declara não participar em associações voluntárias, destacando-se novamente os partidos políticos e os sindicatos e também as ONGs.

Mesmo com baixo nível de participação, as Associações de moradores são as que contam com maior número de participantes; são, também, comparativamente à esfera política, instituições julgadas mais importantes para a determinação da qualidade de vida. Os que declararam participar das associações, entretanto, em

sua maioria o fazem de forma ocasional; a participação regular não é a dominante²⁵. Esses dados remetem a algumas questões interessantes. Há, em primeiro lugar, o fato de que participar ou não apresenta uma regularidade: o entrevistado que afirma não participar em uma ONG, por exemplo, tem uma grande probabilidade de também não participar em partido político ou sindicato. Há uma correlação bastante importante entre estas variáveis, 0,552²⁶, indicando uma consistência no comportamento dos entrevistados. Uma tendência relativamente consistente indica padrão de cultura política estabelecido, tendência a considerar que efetivamente a esfera pública e as arenas políticas, tais como definidas pela ciência política tradicional, ainda não estão consolidadas²⁷. Apatia e descrença nas instituições políticas e desengajamento nos processos participativos são os comportamentos dominantes neste caso.

Este fato se reflete nas práticas de participação nos serviços de saúde. Previstas em diversas modalidades²⁸ – conselhos, comissões, e práticas associadas entre os agentes públicos e associações comunitárias –, estas práticas em alguns casos resultam em efeitos não esperados, às vezes com resultados que reforçam a apatia e o desengajamento da população.

O PSF, no início de suas atividades, efetua o cadastramento da comunidade em cooperação direta das associações civis existentes na área. Esta primeira aproximação tem por objetivo a construção de um diagnóstico da comunidade, identificando as situações de risco e estabelecendo as prioridades para atuação (Neto, 2000). A partir daí, sempre em cooperação com a comunidade, diretamente ou através de suas associações, os trabalhos de promoção à saúde são realizados. O trabalho em associação com a comunidade é central também porque, por meio deste, se

²⁵ As diferenças de participação entre os entrevistados por cidade não são muito grandes; relativamente à afirmação dos entrevistados que participam muito pouco, o índice varia de 78,5% (para a cidade de Campinas) até 89,6% (para o caso da cidade do Recife).

²⁶ Índice de correlação Gama

²⁷ Sobre esfera pública, sociedade civil e política, consultar Habermas (1996), Cohen e Arato (1994) e Alexander (2006)

²⁸ Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990) que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências". Em seu artigo 7º, inciso VIII, estabelece que a participação popular seja um dos princípios organizativos do sistema.

torna possível a consolidação de uma nova prática, a da saúde preventiva, em substituição à tradicional, ainda bastante arraigada entre as pessoas. Com efeito, das qualidades do PSF apontadas pelos entrevistados, a referente ao atendimento preventivo estava entre as últimas, bem atrás dos itens "gratuidade do atendimento e dos medicamentos", por exemplo. Também verificamos, entre os depoimentos dos profissionais entrevistados, a queixa de que a população sempre demandava modelos de atendimento tradicionais, com consultas clínicas e especialistas. Vejamos, por exemplo, os depoimentos a seguir.

[...] a população continua querendo posto de saúde com um tratamento mais tradicional (EFP Aurinete).

O modelo do PSF vem da lógica de promoção e prevenção de saúde, com ações educativas. Eu acho que ainda não consegue de uma forma mais ampla fazer essa questão de ações educativas e preventivas porque ainda está num processo de transição, a população continua com esse conceito introjetado de fazer fila, de só procurar o serviço quando está doente... É importante a existência de práticas educativas para que a própria comunidade seja co-responsável no processo de saúde e doença (ERG Daniele).

Esta nova mentalidade implica em uma mudança de comportamentos fortemente arraigados, inclusive entre profissionais de saúde. Também é corrente, principalmente entre os médicos, a resistência a procedimentos de atenção à saúde diversos daqueles tradicionalmente adotados na chamada medicina curativa. Fato igualmente importante é a ausência no currículo das faculdades de medicina de uma atenção disciplinar da medicina social ou comunitária²⁹. Os currículos médicos e a própria categoria profissional estimulam a especialização, o atendimento individualizado (o corpo recortado em diversas especialidades, examinado em partes, isoladas umas das outras), em detrimento de procedimentos de saúde coletiva e de uma abordagem holística da saúde.

Existe, portanto, uma série de impedimentos de natureza estrutural, por fora da concepção do modelo, que constitui sérios obstáculos a seu bom funcionamento. Há uma distância real entre a norma, o desenho organizacional e os requisitos de comportamentos e práticas dos atores. Não consideraremos agora as questões relativas ao desenho organizacional, igualmente importantes. Centrar-nos-emos na relação entre as sociabilidades secundárias dos moradores das comunidades estudadas – as práticas associativas – e sua relação com o PSF. Cabe destacar, de início, que é esperado que os atores locais interajam com a equipe PSF, intermediados pelos Agentes de Saúde. Esta interação acontece a partir de três grandes eixos: (a) na cooperação direta com os agentes públicos na condução de práticas de promoção de saúde;

(b) na participação direta na gestão das políticas de saúde; (c) no exercício da supervisão e do controle na execução dos procedimentos de atenção à saúde. Estes são os grandes campos de ação da sociedade civil em políticas públicas de cunho participativo e descentralizado, modelo implantado no Brasil após a Constituição de 1988; especificamente para a saúde, com a reforma sanitária, a partir da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.

Para que este modelo efetivamente funcione, há que existir no âmbito da sociedade civil uma cultura política favorável à participação, práticas de exercício de direitos políticos autônomas, consubstanciadas no exercício do direito ao voto – pilar do processo representativo – e também em iniciativas oriundas no seio da sociedade civil que produzam efeitos significativos na esfera pública: práticas associativas e manifestações autônomas de organização popular. Tendo consciência dos direitos de cidadania, por um lado, e exercendo-o livremente, por outro, apresentam-se as condições adequadas para o exercício da democracia participativa.

Nas localidades investigadas não constatamos uma densidade associativa importante. Como nos mostra a Tabela 4, os índices de participação (em sindicatos, partidos políticos e associações de moradores) são muito baixos. Há, entretanto, um fato importante: mesmo sendo baixos, os índices de participação em associações de moradores é o maior dos pesquisados; entre os entrevistados, há uma avaliação bastante positiva da importância dos serviços comunitários (oferecidos por associações de moradores) na determinação da qualidade de vida; apresentam-se também níveis de confiança expressivos nas associações comunitárias, como mostram as Tabelas 3, 4 e 5. Estas informações associadas permitem-nos concluir que a presença das associações comunitárias é relativamente visível e considerada importante pela população.

O que significa tal importância? Há uma relação direta entre este fato e a presença de uma consciência cidadã, de uma cidadania ativa consubstanciada em participação em movimentos comunitários, em consciência de direitos? Há alguns indícios que nos conduzem a conclusões contrárias. Primeiro, o fato de que há uma associação bastante forte entre os diversos tipos de participação, como já assinalamos: os que não participam em sindicatos, por exemplo, têm forte probabilidade de não participar em partido político. Isso indica padrões de cultura cívica não favoráveis à participação. Por outro lado, o maior índice de participação em associações relativamente a outras formas, associado à importância dos serviços comunitários para a qualidade de vida, pode indicar formas de participação não necessariamente ligadas a fenômenos que indiquem comunidade empoderada³⁰. Em pesquisa realizada em comunidade de baixa

²⁹ Fato notado entre os profissionais que trabalham nas unidades de Saúde: "eu acho que tem muita gente que passa num concurso público que não tem essa formação preparatória para ingressar no Programa. Esse problema vem desde a formação da faculdade. Podia dar maior ênfase a essa ideologia do PSF na formação profissional (EFP Dra. Arislene).

³⁰ Expressão derivada do conceito *empowerment*, que indica forte densidade associativa de uma comunidade, o que lhe permite encontrar cooperativamente soluções para os problemas do cotidiano. A fim de saber mais a respeito, consultar Gohn (2004).

renda da cidade do Recife, constatamos que, entre os moradores que indicam conhecer associações comunitárias, a maior parte declara fazer uso dos serviços disponibilizados por estas instituições, ou participa apenas ocasionalmente, quando da discussão de questões mais urgentes para a comunidade³¹. Uma pequena minoria de pessoas participa de forma mais efetiva: em comissões, na organização de atividades, ou em cargos de direção. Maior importância atribuída aos serviços comunitários para a melhoria da qualidade de vida, por um lado, e maior participação em associações relativamente a outras instituições, por outro, podem indicar circulação de recursos produzida assimetricamente, típica de práticas de clientela. Tais ações podem, em resumo, mostrar a fragilidade da cultura cívica³².

Sem a pretensão de esgotar o assunto, trazemos agora mais falas dos nossos entrevistados que apontam para uma série de questões relativamente ao modelo de saúde implantado nos PSF, e as dificuldades encontradas. O Quadro 2 serve de guia para a nossa análise.

Um dos instrumentos mais importantes de participação previstos no modelo de saúde brasileiro são os conselhos, formados por representantes da comunidade. Estes conselhos³³, originalmente previstos para instruir as administrações públicas (locais, estaduais e federais)³⁴, são regulamentados em lei, reúnem-se periodicamente por ocasião das Conferências de Saúde. Seu principal objetivo reside na discussão das políticas de saúde. Há também – embora em algumas vezes não regulamentados – conselhos distritais, locais de discussão e de controle das políticas praticadas nos distritos sanitários das grandes metrópoles brasileiras. Os referidos conselhos, que contam com participação de líderes comunitários, apresentam problemas importantes em seu funcionamento, principalmente no que diz respeito à relação entre os conselheiros e sua comunidade e ao fato de em alguns bairros inexistir representação importante. Os depoimentos abaixo sinalizam para estes aspectos:

A gente não faz reunião na área porque não tem disposição, convida e não vem; a reunião do Conselho só quem participa é o pessoal da unidade; a gente convida o pessoal da área e explica que o Conselho é para resolver as questões das dificul-

dades na unidade, explica tu Dinho, espera, convida e não vem (EFA Socorro).

No geral, os conselhos não funcionam bem. Eu participo de um conselho de saúde local, a gente representa a comunidade, o usuário... Em geral, o povo não vem para as reuniões, porque infelizmente o povo é muito acomodado, infelizmente, quando se trata de alguma coisa que vem da comunidade, eles acham que não é muito interessante, mesmo que a responsabilidade seja coletiva, não se acham no direito de participar e sim de cobrar (EFCO Velai).

O primeiro depoimento é de um agente comunitário de saúde; o segundo, de um líder comunitário, os dois do mesmo bairro, em Fortaleza. É interessante perceber nos depoimentos que o agente de saúde assinala a pouca participação do povo, e o líder destaca fato de que o povo, embora não participe, cobra de suas lideranças. O fato de cobrar das lideranças pode significar uma relação de clientela, bastante típica no quadro político local: o líder comunitário é o que consegue recursos, arranja facilidades para seus moradores. Este é um comportamento que indica apatia, posição relativamente assimétrica no que diz respeito à relação entre o líder e seu representado. Não está claro o princípio da representação, de que o poder do líder consiste em fazer valer os interesses de um número importante de cidadãos. Evidencia-se a ideia de que os recursos mobilizados pelos líderes provêm de sua força política, dos contatos importantes que têm na burocracia pública e com os políticos, desqualificando, portanto, a importância da mobilização popular e o significado da luta política. As falas abaixo são significativas a esse respeito:

A liderança, por questões políticas, quer que a comunidade veja que foi ela quem colocou o posto de saúde na comunidade. É como se elas dissessem: vocês estão aí, mas é a gente que bota, é a gente que tira (ERG Ana Lúcia).

Essa comunidade não tem associações de moradores. Antes tinha, mas no lugar fizeram uma creche. Existe uma casa que dizem que é associação, mas não tem reunião, nem tem nada. A associação aqui não tem. Aqui tem o presidente da área, que ele é bem atencioso e é votado pelo povo; tinha uns quatro candidatos, ele apóia alguns políticos. Ele está conseguindo o calçamento da rua. Ele luta muito pela comunidade, já foi candidato uma vez a vereador (ERA Vera).

³¹ Sobre esse assunto, ver Fontes (2003). É certo que seja comum nos movimentos sociais o que a literatura designou de ciclos de protesto, com piques e descensos de processo de mobilização coletiva.

³² É importante assinalar a enorme diversidade das comunidades de baixa renda, inclusive no que diz respeito à participação. Embora nas comunidades entrevistadas encontremos baixos níveis de participação, há variação importante segundo sexo, idade, escolaridade, renda. Em comunidades onde há ameaça de desocupação, ou ausência de serviços públicos essenciais, pode acontecer importantes picos de mobilização, incorporando um largo número de pessoas que, em outras ocasiões, não se manifestariam. Também vale assinalar que a história dos movimentos sociais no Brasil tem se caracterizado por importantes lutas; a literatura tem apontado um balanço positivo.

³³ Sobre este assunto, consultar Figueiredo (2001) e Figueiredo e Labra (2002).

³⁴ Segundo Coelho (2004), existem cerca de 5000 conselhos de saúde no Brasil, com mais de 100.000 participantes. Ainda segundo o autor, "Cabe ao conselho municipal, ao estadual e ao nacional de saúde aprovarem os planos e contas anuais apresentados respectivamente pela secretaria municipal, estadual e pelo ministério da saúde. Se as contas ou planos das esferas municipais não forem aprovados pelos respectivos conselhos, o município não receberá verbas do Ministério da Saúde. Os conselhos distritais, que existem nas grandes metrópoles, também assistem as secretarias municipais, planejando, estabelecendo prioridades e auditando contas, mas não têm poder de deliberação, pois não contam com mandato constitucional para tal" (Coelho, 2004).

Uma segunda importante atribuição dos processos participativos diz respeito à colaboração direta com as equipes de saúde na promoção de saúde da comunidade. As unidades de Saúde organizam grupos temáticos (idosos, hipertensos, diabéticos), promovem campanhas de saúde pública (na prevenção da dengue, tuberculose, HIV/AIDS) e tentam se articular com a comunidade, diretamente ou através de seus representantes ou instituições existentes na área (escolas, ONGs, Grupos religiosos, associações voluntárias diversas). Neste caso, destacamos o fato de que a população participa diretamente na execução de políticas de saúde, que é um protagonista importante. A iniciativa geralmente parte dos profissionais das Unidades de Saúde, que planejam e organizam os grupos temáticos e as campanhas preventivas. Raramente grupos organizados na comunidade assumem a dianteira, embora isso possa acontecer, principalmente se forem introduzidos por ONGs atuantes no bairro³⁵. Novamente, assistimos aqui a uma apatia da população; os grupos, quando organizados, não têm autonomia, é preciso assistência constante dos profissionais da Unidade de Saúde para que tenham regularidade. Com efeito,

Eu nunca participei dos grupos de hipertensão e diabéticos porque eu nunca precisei, mas aí tem. tem reuniões, eles convidam. Meu marido é hipertenso, não participa das reuniões, mas eles convidam (EFF Irene).

Nesse grupo a gente fala sobre prevenção e promoção de saúde, como faz, também, caminhadas. A gente entrou em contato com o pessoal da academia da cidade, alguns pacientes a gente encaminha. A gente vai com eles. Mas a própria comunidade ainda não se mobilizou, porque a gente não tem condições de fazer uma caminhada com eles todos os dias por causa do atendimento aqui do posto. Eles entre si, os usuários, ainda não se mobilizaram para dar continuidade. Os agentes de saúde tentaram, mas não conseguiram grandes mudanças (ERP Ionar).

Conclusões

O modelo de atenção à saúde no Brasil passou por importantes modificações a partir da década de 1990, resultantes de processos políticos complexos, com ingredientes de intensa mobilização popular. Foram construídos os principais mecanismos institucionais que permitiram o desenho de organizações públicas voltadas para o atendimento da população: foram declarados os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Este modelo prevê participação popular com a criação de dispositivos para este fim. Foram constituídos os conselhos de saúde, nos diversos níveis

da administração pública brasileira. No âmbito local, a atenção básica promoção da saúde foram incentivados.

Mesmo com uma legislação bastante avançada, verificamos importantes obstáculos à plena realização do modelo, o mais importante deles relativo à fragilidade da sociedade civil: com uma cultura cívica desfavorável ao reconhecimento de direitos e consequente capacidade organizativa, os princípios da participação popular e do controle social das políticas não se aplicam integralmente. É certo, como vimos, que há um grande número de conselhos de saúde. Tais conselhos, entretanto, muitas vezes longe de refletirem uma sociedade civil vigorosa e organizada, retratam a realidade de líderes políticos clientelistas e engajados em práticas político-partidárias que conseguem ocupar postos nestas instâncias de participação popular, tendo acesso a recursos que provavelmente servirá de moeda política para suas transações. Esses recursos públicos são instrumentalizados para a consecução de interesses particulares, relações assimétricas entre os líderes e as comunidades que representam e representações da política como algo sujo, lugar de corruptos e espaço pouco adequado para o desenvolvimento de interesses públicos são o lugar comum em setores importantes da nossa sociedade. Diversas pesquisas confirmam os nossos dados. Análises acadêmicas também concluem que o balanço seja positivo, mesmo levando em consideração que parte importante da população – em alguns casos a maioria – não apresenta um engajamento cívico desejável. Os avanços da reforma sanitária no Brasil não teriam sido possível sem as pressões dos movimentos populares por leis mais adequadas, pela implantação de políticas universais.

No caso dos PSF, os itens participação popular e controle social são ingredientes fundamentais para o bom desenvolvimento do sistema. Também verificamos que há um déficit importante de participação, pois as práticas de promoção à saúde, muitas vezes dependentes da mobilização popular, não conseguem ter êxito; a filosofia da medicina curativa, substituindo antigas práticas ancoradas no modelo curativo e especializado, encontra obstáculos importantes nas pessoas que ainda demandam por consultas, por especialistas, que vão à Unidade de Saúde e procuram médicos para tratamentos. A ideia de hábitos saudáveis, de práticas preventivas e outros ingredientes deste novo modelo ainda não é dominante.

Acreditamos que a educação para a promoção da saúde seja um dos importantes elementos que devem ser estimulados entre os profissionais das unidades de saúde. Somente ações continuadas neste sentido podem reduzir os obstáculos à participação popular, à adoção de hábitos saudáveis e à percepção diversa de cuidados, ancorados em processos preventivos, em práticas com

³⁵ Um bom exemplo é o da experiência da Unidade de Saúde de Campinas, no distrito de Barão Geraldo: "Nós temos parceria com ONGs. O Conselho é ligado à unidade de saúde, cada unidade tem o seu conselho. Nós temos o Conselho daqui [...] se reúne uma vez por mês. Temos parcerias com ONGs; é responsabilidade desta Unidade fazer esse movimento e buscar. Temos uma parceria interessante de adolescência, temos uma ONG que é a base dela é saúde mental. Temos alguns espaços que são bastante importantes para a gente que é esporte, assistência social, educação; a gente tem parceria com muitas escolas municipais (existe uma forte interação Interinstitucional que funciona bem). A gente busca muito e eles também buscam (ECG Angela).

efeitos na comunidade, na família, e não no indivíduo. É nisso que também acredita esta Profissional de um Distrito Sanitário do Recife:

Práticas educativas para que a própria comunidade seja co-responsável no processo de saúde e da doença. As ações educativas vão mostrar para as pessoas que elas também são responsáveis pelo seu processo de saúde; com esse novo modelo, a gente evita doenças. Antigamente se morria por diarreia, hoje em dia a gente ainda tem morte por diarreia, mas o índice diminuiu muito porque as agentes de saúde vão de porta em porta orientando; a mãe está sendo orientada sobre o aleitamento materno, isso é um ponto que diminuiu muito as mortes envolvidas com diarreia. Tem outras doenças que também a gente evita com a educação em saúde: dengue, leptospirose (ERG Daniele).

Referências

- ALEXANDER, J.C. 2006. *The civil sphere*. New York, Oxford University Press, 793 p.
- ARAÚJO, L.M. [s.d.] Saúde da Família, Educação Popular e Práxis Médica. Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao_academica/artigos/pa_a_saude_da_familia_educacao_popular_e_praxis.pdf, acesso em: 28/01/2009.
- BANFIELD, E.C. 1958. *The moral basis of a backward society*. Chicago, the Free Press (Research Center in Economic Development and Cultural Change), 204 p.
- BRASIL. 1990. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm, acesso em: 26/04/2010.
- BRASIL. 1996. Ministério da Saúde. Norma de Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria no. 2.203, de 06 de novembro de 1996.
- BRASIL. 2002. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM no. 273, de 27 de fevereiro de 2002.
- CARPINTÉRO, M. do C.C. [s.d.]. Diretrizes para atuação do médico generalista no Paidéia Saúde da Família de Família em Campinas. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/ou/artigo_carminha.htm, acessado em: 10/04/2009.
- COELHO, V.S. 2004. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: M. NORBRE (org.), *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências Institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo, Editora 34, p. 255-270.
- COELHO, V.S. 2007. A democratização dos Conselhos de Saúde. O paradoxo de não atrair aliados. *Revista Novos Estudos Cebrap*, 78:77-92.
- COHEN, J.L.; ARATO, A. 1994. *Civil Society and Political Theory*. Cambridge, The MIT Press, 771 p.
- DELUZE, G.; GUATTARI, F. 1995. *Mil Platôs. Capitalismo e esquizofrenia*. Vol. I. São Paulo, Editora 34, 96 p.
- DONATI, P. 1994. *Manual de sociologia de la salud*. Madrid, Ediciones Dias dos Santos, 419 p.
- FIGUEIREDO, J.S.A. 2001. *Comunidade Cívica, capital social e conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, RJ. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 113 p.
- FIGUEIREDO, J.S.A.; LABRA, M.E. 2002. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):537-547.
- FONTES, B.A.S.M. 2003. Sobre a sustentabilidade das associações voluntárias em comunidades de baixa renda. *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, 15(1):159-190.
- FONTES, B.A.S.M. 2008. Democracia, Comunidade e Território. In: P.H. MARTINS; A. MATOS; B. FONTES (orgs.), *Limites da Democracia*. Recife, Editora Universitária, p. 229-244.
- FONTES, B.A.S.M.; DORNELLAS, M.A. 2008. Redes, governança urbana y prácticas asociativas: el ejemplo del Programa de Salud de la Familia. *Estudios Sociológicos del Colegio de México*, XXVI(76):33-65.
- FONTES, B.A.S.M.; MARTINS, P.H. 2008. Construindo o conceito de rede de vigilância em saúde. In: B.A.S.M. FONTES; P.H. MARTINS (orgs.), *Redes Sociais e Saúde*. 2ª ed., Recife, Editora da UFPE, p. 103-120.
- GOHN, M. da G. 2004. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, 13(2):20-31.
- GUATARRI, F.; ROLINK, S. 1986. *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis, Vozes, 327 p.
- HABERMAS, J. 1996. *Between facts and norms. Contributions to a discourse of law and democracy*. Cambridge, The MIT Press, 631 p.
- HAESBAERT, R. 2004. *O mito da Desterritorialização. Do fim dos territórios à multiterritorialidade*. São Paulo, Bertrand Brasil, 395 p.
- LOMINITZ, L. 1975. *Cómo sobreviven los marginados*. 15ª ed., México, Siglo XXI, 229 p.
- LOMINITZ, L. 2003. *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de antropología latinoamericana*. 2ª ed., México, FLACSO, Ed. Porrúa, 374 p.
- LUHMANN, N. 1995. *Social Systems*. Stanford, Stanford University Press, 627 p.
- LUHMANN, N. 1998. *Die gesellschaft der gesellschaft*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main. (Suhrkamp taschenbuch wissenschaft).
- MATURANA, H.; VARELA, F. 1992. *The tree of knowledge: the biological roots of human understanding*. Boston, Random House, 269 p.
- MELLO, M.P. 2006. A perspectiva sistêmica na sociologia do Direito de Luhmann e Teubner. *Tempo Social. Revista de sociologia da USP*, 18(1):351-373.
- MENDES, E.V.; et al. 1993. Território: conceitos-chave. In: E.V. MENDES et al., *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ ABRASCO, p. 166-169.
- NETO, M.M. da C. (org.). 2000. A implantação das unidades de Saúde da família. In: BRASIL, *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ação Básica.
- NUCEM. 2007. Núcleo de Cidadania. Programa de Pós Graduação em Sociologia. Departamento de Ciências Sociais Universidade Federal de Pernambuco. Redes Sociais e Saúde. *Relatório Final de Pesquisa*. Recife, 255 p. (mimeo).
- PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. 2006. O território no programa Saúde da Família. *Hygea*, 2(2):47-55.
- REIS, E.P. 2000. Desigualdade e Solidariedade: uma releitura do "familismo amoroso" de Banfield. *Rev. bras. Ci. Soc.*, 15(42):73-75.
- SÃO PAULO. 2007. Governo do Estado. Secretaria de Planejamento. Região Metropolitana de Campinas. Disponível em: <http://www.ppa.sp.gov.br/perfis/PerfilRMCampinas.pdf>, acessado em: 10/04/2007.
- SOUZA, G.M.; BUCKERIDGE, M. 2004. Sistemas Complexos: novas formas de ver a botânica. *Revista Brasil. Bot.*, 27(3):407-419.
- WERLEN, B. 1992. *Society, Action and space*. London, Routledge, 249 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2008. *The World health report 2008: primary care now more than ever*. Geneva, WHO, 148 p.

Submissão: 14/12/2009

Aceite: 21/02/2010