

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
CURSO DE DOUTORADO

REDES DE SOCIABILIDADE, GOVERNANÇA E PARTICIPAÇÃO: aspectos da relação Estado e sociedade civil no Programa de Saúde da Família, os casos de Recife e Porto Alegre.

MARCOS AURELIO DORNELAS DA SILVA

RECIFE
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
CURSO DE DOUTORADO

REDES DE SOCIABILIDADE, GOVERNANÇA E PARTICIPAÇÃO: aspectos da relação Estado e sociedade civil no Programa de Saúde da Família, os casos de Recife e Porto Alegre.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Sociologia, sob a orientação do Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes.

RECIFE
2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Divonete Tenório Ferraz Gominho, CRB4-985

S586r Silva, Marcos Aurelio Dornelas da.
Redes de sociabilidade, governança e participação: aspectos da relação estado e sociedade civil no programa de saúde da família, os casos de Recife e Porto Alegre / Marcos Aurelio Dornelas da Silva. – Recife: O autor, 2012.
218 f. il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Sociologia. 2. Redes sociais. 3. Política pública. 4. Política de saúde – Participação do cidadão. I. Fontes, Breno Augusto Souto Maior. (Orientador). II. Título.

301 CDD (22.ed.) UFPE (CFCH2013-11)

Ata da Sessão de Defesa de Tese de **MARCOS AURÉLIO DORNELAS DA SILVA**, do Curso de Doutorado do Programa e Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.

Aos dezesseis dias do mês de fevereiro de 2012, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os Membros da comissão designada para o Exame da Tese de Doutorado de **MARCOS AURELIO DORNELAS DA SILVA** sob o título **REDES DE SOCIALIBILIDADE, GOVERNANÇA E PARTICIPAÇÃO: aspectos da relação Estado e sociedade civil no Programa de Saúde da Família, os casos de Recife e Porto Alegre**.

A comissão foi composta pelos professores: **Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes - Presidente/Orientador; Prof. Dr. Russell Parry Scott – titular Interno (PPGS/UFPE); Profa. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte – Titular Interna (PPGS/UFPE); Prof. Dra. Márcia Gomide da Silva Mello – Titular Externa (UFRJ); Prof. Dra. Valdinete Pereira Viana Schmaller – Titular Externa (Dep. Serviço Social/UFPE)**. Dando início aos trabalhos, o Prof. Dr. Breno Fontes explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida, passou a palavra ao autor da Tese para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua arguição, seguindo-se a defesa do candidato. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em secreto deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornarem o **Prof. Dr. Breno Fontes**, presidentes da mesa e orientador do candidato, solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, coma decisão da Comissão Examinadora **aprovando a tese por unanimidade**. E nada mais havendo a tratar foi lavrada a presente Ata, que vai ser assinada por mim, secretário do programa, pelos membros da Comissão Examinadora e pelo candidato. Recife, 16 de fevereiro de 2012.

Vinícius Douglas da Silva Nascimento – Secretário

Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes

Profa. Dra. Márcia Gomide da Silva Mello

Profa. Dra. Valdinete Pereira Viana Schmaller

Profa. Dra. Eliane Maria Monteiro da Fonte

Prof. Dr. Russell Parry Scott

Marcos Aurélio Dornelas da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradecer a minha família pela paciência e pelo apoio nos momentos mais críticos de realização deste trabalho. Sem elas e eles, não teria sido possível.

Agradecer aos colegas do NUCEM pelo apoio operacional em relação ao levantamento de dados e aos colegas do curso de doutorado pelos anos de convivência.

Por fim, meu agradecimento ao CNPq pelo auxílio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho, à UFPE e seus funcionários, especialmente a minha amiga Zuleika Elias. Agradeço ainda aos professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, especialmente ao Professor Breno Fontes e Professora Eliane da Fonte, pelo apoio e acompanhamento de sempre, desde os primeiros anos da graduação.

*“Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver no Universo...
Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não, do tamanho da minha altura...”*

(Alberto Caeiro)

RESUMO

A redefinição das formas de intervenção na esfera estatal, observada no Brasil a partir dos anos 1980, diz respeito não apenas às questões operacionais e econômicas, mas passa também pela possibilidade de reformulação do Estado enquanto arena política dos indivíduos que compõem uma comunidade política. Logo, nos parece que a palavra-chave para compreender a governança pública é a relação; inicialmente entre esferas do Estado, e depois entre Estado e Sociedade. Como exemplo, o Programa de Saúde da Família - PSF é uma política pública que tem características peculiares, algumas delas são importantes para nosso estudo: (1) a concepção de saúde voltada para a família; (2) a ancoragem territorial e comunitária das ações de saúde; (3) e por fim, a participação ativa da comunidade, seja de modo direto ou por meio de representantes é uma das metas do Programa. No PSF, os laços sociais presentes na comunidade importam, visto que o Programa é uma política pública ancorada em sociabilidades primárias e secundárias locais. É desses laços que os executores do Programa, tratados aqui como sociabilidade técnica, podem se valer para a construção de um 'território de saúde' onde não só o meio físico, mas também o meio social torna-se referência para a noção de bem-estar, de saúde e de participação social. O objetivo central deste trabalho é analisar como as interações sociais observáveis por meio da análise de redes sociais geram formas associativas particulares. Em termos empíricos, buscamos compreender de que forma a relação entre diversos atores sociais envolvidos na política pública do PSF, tem influência nos processos participativos em nível comunitário. Tendo como pano de fundo para a análise o pressuposto de que as redes sociais são campos de sociabilidade que articulam as instituições e os atores em malhas complexas de intercâmbios de vários tipos, e tendo em vista que esses intercâmbios têm implicações sociais, levantamos questões que nos serviram de referência para a análise das redes de sociabilidade presentes nas comunidades assistidas pelo PSF nas cidades de Recife e Porto Alegre. (1) a ancoragem comunitária diferenciada implica em mudanças importantes na configuração das redes sociais? (2) Os autores acreditam que suas ações têm implicações na formação de uma estruturação social participativa? (3) As redes ancoradas nas três diferentes sociabilidades repercutem nos recursos acessados? Os dados utilizados são entrevistas e questionários aplicados nos anos de 2006 e 2007, em Recife e Porto Alegre. Nesta cidade os dados foram levantados na Gerência Lomba do Pinheiro/Partenon, foram aplicados questionários aos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, e a uma amostra de usuários. Foram realizadas também entrevistas com profissionais das Unidades de Saúde da Família - USF, bem com líderes de organizações da sociedade civil e usuários do PSF. No Recife, no Distrito Sanitário 4, utilizou-se o mesmo processo para coleta dos dados. Particularmente nos casos que analisamos, em Porto Alegre e Recife, verificamos que o formato das redes de sociabilidade, e a capacidade interativa podem ser importantes para os processos participativos, repercutindo diretamente nas ações de saúde comunitária do PSF.

Palavras Chave: Redes de sociabilidade, Saúde, Políticas Públicas, Participação.

ABSTRACT

The redefinition of intervention forms by the State sphere observed in Brazil since the 1980s, is related not only to operational and economic questions, but also to the possibility of a State reformulation as political arena of individuals that compose a political community. Therefore, it seems that the keyword to understand public governance is relationship; initially among spheres of the State, then between State and Society. For example, Brazil's Family Health Program – PSF is a public policy that has particular characteristics, and some of them are important to our study: (1) the health-oriented conception to the family; (2) a territorial and community anchoring process of health actions; (3) finally, the active participation of the community, through a direct mode or by representatives, is one of the Program's goals. For the PSF, social ties present in the community are important, since the Program is a public policy anchored on local's primary and secondary sociabilities. It is from these social ties that the executors of the Program, treated here as technical sociability can be engaged to a construction of a 'health territory', where not only the physical environment, but also the social environment become reference to a notion of well-being, health and social participation. The main goal of this work is to analyze how observable social interactions through the analysis of social networks generate particular associative forms. Empirically, we aimed to understand how the relationship among different social actors involved in the public policy of PSF influence the participative processes in the communitarian level. Considering as background the assumption that social networks are fields of sociability that articulate the institutions and actors in complex meshes of exchanges of various types, and that such exchanges have social implications, we made questions that served as reference to the analysis of sociability networks present in the supported communities by the PSF in the cities of Recife and Porto Alegre, Brazil. (1) Does a differentiated community anchoring process result in important changes to the social networks' configuration? (2) Do actors believe that their actions have implications in the formation of a participative social structure? (3) Do networks anchored on the three different sociabilities echo in the accessed resources? The data used comes from interviews and questionnaires applied in the years of 2006 and 2007 in Recife and Porto Alegre (at this case the data was obtained from Gerência Lomba do Pinheiro/Partenon – questionnaires were applied to Health Communitarian Agents – ACS and to a sample of users). Interviews were also done with professionals of Family's Health Unities – USF, as well as with leaders of civil society organizations and user of the PSF. In Recife, at Sanitary District 4, was used the same process to data collection. Particularly in the cases that we analyzed, Recife and Porto Alegre, we verified that the format of sociability networks and the interactive capacity can be important to the participative processes, echoing direct to communitarian health actions of the PSF.

Keywords: Sociability Networks, Health, Public Policies, Participation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Índice de desenvolvimento Humano por Distritos Sanitários do Recife	118
Figura 2 - Microrregiões do Distrito Sanitário 4 - Recife	119
Figura 3 – Unidade de Desenvolvimento Humano da Gerencia Distrital Lomba do Pinheiro - Porto Alegre.....	133
Figura 4 - Distribuição dos ACS por Bairros em Porto Alegre.....	137

LISTA DE SOCIOGRAMAS

Sociograma 1 - Comunidades do Distrito 4, Recife, centralidade nos nodos e nos nomes	122
Sociograma 2 - Rede de afiliação dos ACS em Recife	125
Sociograma 3 - Grau de centralidade ACS e Organizações	127
Sociograma 4 - Centralidade de intermediação ACS e organizações - Recife.....	129
Sociograma 5 - Centralidade de Proximidade ACS e Organizações.....	130
Sociograma 6 - Rede dos ACS e organizações de Porto Alegre com Grau de centralidade.....	135
Sociograma 7 - Rede de afiliação dos ACS em Porto Alegre	138
Sociograma 8 - Centralidade de intermediação ACS e organizações - Porto Alegre..	140
Sociograma 9 - Rede dos ACS e organizações em Porto Alegre com centralidade de aproximação.....	141
Sociograma 10 - Conjunto de Sociogramas: Forma de contato entre ACS e Organizações - Recife.....	144
Sociograma 11 - Conjunto de Sociogramas: tipos de atividades em saúde, ACS e Organizações - Recife.....	147
Sociograma 12 - Conjunto de Sociogramas: Forma de contato entre Acs e Organizações - Porto Alegre	150
Sociograma 13 - Conjunto de Sociogramas: tipos de atividades em saúde, ACS e Organizações Porto Alegre.....	153
Sociograma 14 - Rede das Famílias e Grupos temáticos do PSF - Recife	156
Sociograma 15 - Rede das Famílias e Grupos temáticos do PSF - Porto Alegre.....	157
Sociograma 16 - Rede associativa dos usuários do PSF em Porto Alegre.....	172
Sociograma 17 - Rede associativa dos usuários do PSF em Recife	173

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das Redes de Recife e Porto Alegre	116
Tabela 2 - Indicadores sociais selecionados	119
Tabela 3- Densidade dos ACS por Microrregião	126
Tabela 4 - Indicadores Sociais Selecionados das UDH em Porto Alegre	133
Tabela 5 - Densidade entre os ACS por Bairros em Porto Alegre	139
Tabela 6 - Descrição rede das famílias Recife e Porto Alegre	155

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Questionários aplicados em Porto Alegre	109
Quadro 2 - Entrevistas com Líderes das Equipes de Saúde da Família	109
Quadro 3 - Entrevistas com gestores/ Hospital Conceição.....	110
Quadro 4 - Entrevistas com líderes comunitários e usuários.....	110
Quadro 5 - Questionários aplicados em Recife	112
Quadro 6 - Entrevistas realizadas em Recife – Profissionais da Saúde e usuários	112
Quadro 7 - Categorização dos ACS por Microrregião	121
Quadro 8 - Categorização das organizações por tipo	121
Quadro 9 - Categorização dos ACS em Porto Alegre	134
Quadro 10 - Categorização dos tipos de organização em Porto Alegre	134

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação em entidades associativas em Recife e Porto Alegre	171
---	-----

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO.....	iii
ABSTRACT	iv
LISTA DE FIGURAS.....	v
LISTA DE SOCIOGRAMAS	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
LISTA DE QUADROS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS	ix
SUMÁRIO	1
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO 1 – SAÚDE, DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO	8
1.1. Modelos de saúde no Brasil.....	8
1.2. Novas práticas da atenção básica e promoção da saúde	19
1.2.1. Promoção conservadora ou progressista?	26
1.2.2. PSF como sistema de vigilância em saúde	30
1.3. Descentralização e participação.....	34
1.3.1. Sobre a participação direta	39
1.3.2. Descentralização e municipalização	44
CAPÍTULO 2 - DEMOCRACIA, SOCIEDADE CIVIL E PARTICIPAÇÃO	50
2.1. Democracia e Participação.....	53
2.2. Sociedade civil e democracia.....	62
2.3. Teoria da democracia na obra de John Dewey	66
2.3.1. Democracia e comunidade	73
2.3.2. Público, Estado e Democracia.....	76
2.4. Rede de governança pública	79
CAPÍTULO 3- REDES E ESFERAS DE SOCIABILIDADE.....	87

3.1. Redes Sociais e Esferas de sociabilidade.....	87
3.1.1. Análise de Redes Sociais.....	87
3.1.2. Esferas de sociabilidade	95
3.2. Discussão das medidas de rede	103
3.3. Caracterização do campo e amostras	106
3.3.1. Porto Alegre: caracterização do campo.....	106
3.3.2. Recife: caracterização do campo.....	111
3.4. Operacionalização dos instrumentos de pesquisa	113
3.4.1. Os questionários	113
CAPÍTULO 4 – REDES DE SAÚDE COMUNITÁRIA.....	115
4.1. Ancoragem territorial: as redes de Recife e de Porto Alegre:	117
4.1.1. Redes de parceria dos ACS em Recife.....	117
4.1.2. Redes de parceria dos ACS em Porto Alegre.....	132
4.2. Recursos e esferas de sociabilidade	142
4.3. Esferas de sociabilidade, condicionantes e potencialidades	158
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
REFERENCIAS	179
ANEXOS	197
ANEXO A- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	197
ANEXO B- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS	202

INTRODUÇÃO

O objetivo central da tese que tem título “*Redes de sociabilidade, Governança e participação: aspectos da relação Estado e sociedade civil no Programa de Saúde da Família, os casos de Recife e Porto Alegre*”, é analisar como se relacionam o Programa de Saúde da Família), seus usuários nas comunidades atendidas, e as organizações sociais locais, tais como associações comunitárias e Organizações Não-Governamentais – ONG. Buscamos compreender como estruturas sociais particulares, formadas pela inter-relação entre os atores sociais presentes nas comunidades, repercutem nas formas de participação social no PSF.

Analiticamente, trataremos as relações sociais aqui em análise sob a forma de esferas de sociabilidade – primária, secundária, e, o que chamaremos de sociabilidade técnica, identificada como uma esfera distinta, que tem elementos da primária e da secundária, mas apresenta características particulares; trataremos com mais propriedade das esferas de sociabilidade em outro momento do texto. Partimos do princípio de que as redes de relações sociais fazem a mediação entre as esferas. Tais relações, como discutiremos depois, de forma detalhada, tem uma ancoragem espacial importante e complexa. Parece-nos que a melhor forma de compreender este fenômeno é comparando estruturas sociais distintas, dessa forma, neste trabalho nos propomos a analisar a estrutura associativa em torno do PSF a nível local comparando as relações sociais comunitárias em duas cidades brasileiras: Recife e Porto Alegre.

O PSF é uma política pública com características peculiares, destacamos as seguintes em nosso trabalho: (1) concepção de saúde voltada para a família e para a promoção da saúde; (2) ancoragem territorial das ações de saúde; (3) e, por fim, uma das premissas do Programa; a participação ativa da sociedade civil, seja de modo direto

ou por meio de representantes. Outra característica importante a destacar, é que mesmo sendo os recursos empregados na Atenção Básica, originários em grande parte do Governo Federal, a provisão de serviços do Programa é delegada aos municípios. Estes, por seu turno, têm suas prioridades e formas de agir para prover a população. Logo, o Programa tem diretrizes nacionais, mas a execução é descentralizada, permitindo que haja variações em função, entre outros fatores, da forma de gestão local e das estruturas sociais diferenciadas em nível local. Tanto a relativa autonomia municipal quanto o novo perfil de participação social, são implicações das medidas descentralizadoras que vêm sendo implantadas desde a constituição do SUS, a partir do fim dos anos 1980, no bojo da reforma sanitária, tema de nosso capítulo inicial.

No primeiro capítulo, intitulado ‘Saúde, Descentralização e Participação’, mesmo não pretendendo ser exaustivo, apresentamos O PSF e o contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. Traçamos um breve histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, privilegiando o período da redemocratização, a conjuntura de construção do SUS e de maior atividade do movimento sanitarista. O que viria a ser o novo sistema de saúde brasileiro tinha fundamentos conceituais novos, ou ao menos renovados; neste sentido, debateremos dois temas que impulsionaram a mudança paradigmática presente nas premissas do SUS, com forte repercussão também no PSF. Primeiro apresentamos a noção de promoção da saúde, atividade que representa a possibilidade de incorporação de novas formas de pensar o processo saúde-doença e a inserção ao campo da saúde de novos atores e novas práticas. Posteriormente, centramos o debate no tema da participação da sociedade civil, elemento central em nosso trabalho que será apresentado neste capítulo em conexão com a descentralização político-administrativa, a descentralização, sob suas várias formas, é condição imperativa para a participação social na área da saúde. Seja por meio de conselhos ou por participação direta, como se

pretende que aconteça em Programas como o PSF, a participação social ganhou centralidade na agenda da saúde ainda nos anos 1970, (BRAVO, 2006) Seu ápice, entretanto, viria apenas com a reforma sanitária e a posterior institucionalização do SUS no fim dos anos 1990.

No segundo capítulo, discutiremos a relação entre democracia, participação e sociedade civil, com vistas à construção de um aparato que nos permita analisar a participação social no Programa de Saúde da Família, numa perspectiva democrática e democratizante. Neste momento do texto colocamos, contanto com apoio principalmente na obra de John Dewey, que o PSF e sua forma particular de estimular a participação social, tem em suas propostas e sua forma de ação um potencial democratizante importante particularmente em espaços sociais fragilizados como são as comunidades atendidas pela política de Atenção Básica. Acreditamos que a construção social do Público democrático, nos termos propostos por Dewey, passa por experiências como a operacionalizada pelo PSF.

No terceiro capítulo apresentamos a fonte dos dados trabalhados, os métodos e a discussão metodológica em torno dos nossos problemas de pesquisa. Trabalharemos a construção do argumento metodológico referente à especificidade das esferas de sociabilidade. Neste momento do trabalho destacaremos os conceitos de rede social, que acreditamos, seja o meio de articulação das esferas de sociabilidade; e de território, visto que este último está fortemente implicado na construção da esfera primária, pois é componente importante para o entendimento das redes em comunidades em vulnerabilidade social.

Para a análise, contamos com dados empíricos de dois tipos: entrevistas e questionários aplicados nos anos de 2006 e 2007, em Recife, na RPA (Região Política Administrativa) 4, e em Porto Alegre na Gerência Lomba do Pinheiro/Partenon. Os

dados foram levantados com financiamento do CNPq e executado pelo NUCEM (Núcleo de Cidadania) da Universidade Federal de Pernambuco. As entrevistas foram realizadas com profissionais executores do PSF nas Unidades de Saúde – Agentes Comunitários de Saúde, Médicos e Enfermeiros –, com líderes comunitários e com membros de ONGs atuantes nas comunidades, bem como com moradores das localidades atendidas pelo PSF. Os questionários foram aplicados a todos os Agentes Comunitários de Saúde nas áreas pesquisadas – 152 em Recife e 46 em Porto Alegre – e a uma amostra de usuários calculada com base na quantidade de famílias assistidas pelo PSF. Os dados levantados junto aos ACS, por meio dos questionários e entrevistas permitem remontar as relações destes profissionais com os grupos associativos que apoiam os trabalhos do PSF, permitindo identificar quais são os parceiros mais próximos e analisar suas formas de participação na execução da política pública. O questionário aplicado às famílias também permite a construção de redes, baseadas nas esferas de sociabilidade, admitindo a comparação dos padrões das redes dos profissionais e das famílias.

Na proposta do PSF, os laços sociais presentes nas comunidades importam. Capra observa que “redes sociais são, antes de tudo redes de comunicação que envolvem linguagem simbólica, restrições culturais, relações de poder etc.” (CAPRA. P.22). Estes aspectos da vida social, acreditamos, podem ser melhor analisados por meio das entrevistas.

Tendo como pano de fundo inicial o fato de que nosso objeto de estudo são esferas de sociabilidade presentes nas comunidades assistidas pelo PSF nas cidades de Recife e Porto Alegre, e que estes campos articulam instituições e atores em malhas complexas de intercâmbios de vários tipos. E ainda, tendo como argumento teórico que

esses intercâmbios têm implicações sociais, no capítulo de análise temos por tarefa responder as seguintes questões:

(1) Partimos do princípio de que o PSF opera sobre – e pretende articular em torno de seus objetivos – três esferas de sociabilidade distintas, mas que podem ser complementares: as sociabilidades primárias; as secundárias e a sociabilidade técnica. Assim, a questão básica que se coloca diz respeito à forma como essas relações resultam num tecido associativo particular e como essa configuração social interfere nas ações de saúde a nível comunitário. Estas esferas se articulam? Se sim, de que forma o fazem?

(2) Buscamos verificar se a ancoragem territorial diferenciada – enquanto configuração particular de redes – gera estruturas de sociabilidades específicas. No caso específico de nosso trabalho, as redes comunitárias presentes em de Porto Alegre e Recife geram estruturas distintas? E em caso positivo, quais as implicações que isso traz para o perfil participativo?

(3) As redes ancoradas nas três diferentes sociabilidades repercutem nos recursos acessados? Ou seja, as redes das ONGs servem para acessar que tipo de recursos? E para o caso das sociabilidades primárias, quais os recursos disponíveis?

CAPÍTULO 1 – SAÚDE, DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

1.1. Modelos de saúde no Brasil

Durante o século XX, o Brasil experimentou pelo menos quatro modelos médico-sanitários que não apenas regularam as práticas organizacionais no campo da saúde, mas que influenciaram, e ainda influenciam – mesmo em medidas distintas – as formas de pensar e agir com respeito à saúde. Tais modelos; operam como estruturas objetivas ¹ do campo social da saúde, interferindo nas práticas sociais específicas dos profissionais da área, dos pacientes, dos formadores de políticas etc. Apresentaremos e discutiremos brevemente estes modelos. O modelo sanitário-campanhista, e o modelo médico-assistencialista, ainda que se observem seus resquícios nas práticas médicas atuais, estão mais distantes de nós em termos de tempo, e em tese tem menos influência nas práticas atuais, por isso faremos apenas observações pontuais desses modelos. Os modelos neoliberal, e o reformista estão mais fortemente presentes nas práticas médico-sanitárias contemporâneas, desta forma, daremos prioridade ao debate entre esses dois modelos. Como buscamos deixar claro, os modelos apresentados foram utilizados para tornar inteligíveis as mudanças ocorridas ao longo do último século, e que de forma alguma eles se sucederam mecanicamente. Na prática, resquícios do modelo sanitário campanhista, por exemplo, mesmo sendo o modelo mais antigo, ainda estão presentes das práticas da saúde (MENDES, 1996) (PAIM, 1997).

A primeira parte do século é por excelência o período do modelo sanitário-campanhista, caracterizado por intervenções sanitárias, com marcada inspiração militar

¹Tomo a expressão de empréstimo a Bourdieu. Campo designa um espaço social relativamente autônomo, dotado de leis próprias. Grosso modo, é a estrutura das relações objetivas que determina o que os agentes presentes no campo podem ou não poder fazer. (BOURDIEU, 2004) Aprofundaremos a discussão sobre estruturas objetivas e campo ao tratarmos das esferas de sociabilidade no capítulo terceiro.

tanto no vocabulário quanta nas ações geralmente tratadas como ‘combate as doenças’. (MENDES, 1996) de modo sintético, pode se dizer que até aquele momento, a história da saúde pública no Brasil, “*é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose.*” (LIMA, 2002. pag.40) A base da econômica brasileira até os anos 50, mesmo com as modernizações implantadas desde a década de 1920, estava assentada na agroeconomia exportadora, a saúde pública, coerente com o modelo econômico, estava centrada no saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e no controle de doenças que porventura prejudicassem a exportação; regulamentado tanto o mundo do trabalho quanto o que viria a ser o campo de ação dos sistemas de proteção social no Brasil. De outro lado, a assistência individual, ainda que por vezes financiada com apoio do Estado, se fazia por meio de entidades filantrópicas (GERSCHMAN, SANTOS, 2006).

Afora a assistência como forma de caridade, os serviços individuais de saúde eram prestados de forma bastante restrita por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), criadas com base na Lei Elói Chaves, de 1923. As entidades eram financiadas pela União, empresários e trabalhadores e administradas paritariamente pelos empregados e empregadores, embora o presidente fosse indicado pela União. Os benefícios dos segurados eram proporcionais às contribuições, as CAPs ofereciam pensões, aposentadorias, por velhice, por tempo de serviço e por invalidez; assistência médica e fornecimento de medicamentos. Iniciada com ferroviários, e logo depois estivadores e marítimos, As CAPs se expandiram ao longo da década; em 1932, já havia 140 dessas entidades, com, quase 19 mil segurados em atividade, 10.300 aposentados e perto de 8.800 pensionistas (MERCADANTE, 2002).

Não havia, entretanto, regras que planificassem os planos de benefícios, cada entidade definia o quê, e como oferecer serviços a seus segurados, o que dependia das conveniências de cada categoria e de sua capacidade de receita (BRAVO, 2006).

Ainda na década de 1920, surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) o pioneiro foi o do funcionalismo público federal, e muitas outras classes aderiram ao formato. Apesar das tentativas em contrário, as IAPs também padeciam de falta de regras mínimas de assistência. Havia reivindicações de unificação das entidades, mas durante um bom tempo prevaleceu o receio em relação a perda de poder dos trabalhadores com consequente concentração do poder nas mãos do Estado numa possível unificação. Por meio da lei nº 3807, (Lei Orgânica da Previdência Social, de 26/8/1960), o Estado conseguiu uma saída intermediária, ao uniformizar as regras e manter a organização institucional fragmentada. O processo de unificação ficaria para outro momento (BRASIL, 2006).

A consolidação do novo formato industrial do país – predominantemente urbano, e assentado sobre uma massa de operários, foi determinante para a expansão dos IAPs e do modelo médico assistencial baseado na Previdência Social. A prática médica preponderante nos Institutos estava assentada no modelo Médico-assistencialista no qual a preocupação da saúde desloca-se preponderantemente dos espaços de circulação para o corpo do trabalhador. (MENDES, 1996) A saúde pública estava em declínio, e a medicina previdenciária, ancorada na prática médica curativa e assistencialista, já consideravelmente organizada e unificada, se expandia. As ações campanhistas não desapareceram repentinamente dando lugar ao novo modelo, que se assentou sobre a Previdência Social, houve sim uma mudança de referencia de práticas de modo gradual, com convivência dos dois modelos, mas com prevalência do segundo.

O Decreto Lei nº 72, de 21/11/1966 criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão que deveria aumentar a eficiência de todo o sistema, agora unificado. “*A criação do INPS, em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista*” (MENDES, 1996, p. 47) Um processo que era antes objeto de intenso debate foi consolidado de forma rápida, por meio de instrumental autoritário do regime de exceção e significou o afastamento dos trabalhadores dos espaços de decisão nos assuntos da previdência. O Estado fez, além da unificação do sistema, a extensão da cobertura com a entrada dos trabalhadores rurais, mesmo sob condições diferenciadas de contribuição e cobertura. O resultado direto desse processo foi a criação do complexo médico-industrial, o privilegiamento da prática médica voltada para a lucratividade (BRASIL, 2006).

Mesmo diante deste quadro político-institucional desfavorável, crescia, a partir do fim dos anos 1970, um amplo movimento político que culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 – inclusive um dos temas da Conferência foi ‘Saúde como Direito’ - e no projeto de elaboração da Carta Constitucional de 1988. Ainda que o modelo médico-assistencialista, e o modelo reformista, tenham passado toda década seguinte em tensão permanente, desde a constituição de 1988, a saúde passa a ser considerada um direito social e responsabilidade do Estado.

Antes da intervenção social conhecida com Reforma Sanitária, a saúde pública estava em franco declínio, o foco do sistema estava no setor privado e na medicina previdenciária. A saúde era fundamentalmente curativa, assistencial, e individualizada, como vimos acima. O Estado atuava principalmente na questão das endemias, e o acompanhamento médico-hospitalar era garantido apenas aos trabalhadores formais cobertos pelo sistema previdenciário (CARDOSO JR.; JACCOUD, 2005).

O processo de redemocratização teve no campo da saúde um espaço privilegiado. Num contexto de recessão e de crise de legitimação pela qual passava o regime desde que o impacto do chamado milagre econômico já não se fazia sentir na economia nem servia de sustentação ideológica, o campo da saúde torna-se um espaço de luta política e a relação saúde-doença compreendido a partir de seus determinantes sociais. (BRASIL, 2006) O I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, em 1979, foi o primeiro espaço de apresentação pública do pensamento reformista em que foram sistematicamente tratados os problemas do sistema de saúde e proposto um sistema único. (MENDES, 1996). O objetivo dos reformistas era desde o princípio ocupar espaços institucionais e implantar ou reformular políticas públicas de saúde que permitissem superar a crise do setor (BRASIL, 2006).

A superação do regime de exceção não seguiu o rumo esperado no sentido do aprofundamento da democracia; basta dizer, que o movimento ‘diretas já’, não alcançou seu objetivo, pois a eleição para presidente foi indireta, mesmo tendo colocado no poder dois civis, Tancredo Neves na presidência e José Sarney como vice, representantes respectivamente, da oposição consentida e dos grupos conservadores. A transição significou mais uma retirada dos militares que uma retomada do poder por grupos democráticos. O governo Sarney – já que Tancredo Neves não chegou a assumir – caracterizou-se pela polarização e dificuldade de relação entre os conservadores e a antiga oposição consentida; a Aliança Democrática, composta pelo PFL e pelo PMDB tinha problemas que refletiam nas ações políticas. (CARVALHO, 2001) Essa conjunção heterogênea teve como resultado, no campo da saúde, mais retrocessos que avanços em termos da execução das propostas da reforma sanitária, pois as mudanças institucionais necessárias tinham dificuldade de implementação, tal tensão persistirá pelo resto da década de 1980 e início dos anos 1990.

A década de 1980 ficaria conhecida como a década perdida em termos econômicos, período em que a economia brasileira viveu em profunda e continua crise. Tal crise econômica foi atribuída ao tamanho do Estado por aqueles que buscaram justificar as chamadas propostas neoliberais. As crises cambiais, as elevadas taxas inflacionárias e outros reflexos diretos da crise, serviram como elemento para legitimar as estratégias de estabilização operacionalizadas com vistas à diminuição do Estado. A forma peculiar de descentralização, foi a características que mais atingiu a saúde, foi um processo que se de um lado aproximou os processos decisórios das pessoas e pretendeu aumentar a eficiência e a eficácia, tinha como referência de resultado a diminuição dos gastos e não a qualidade do atendimento, ou ao menos valoriza mais o primeiro que o segundo aspecto. Para Cardoso e Cunha (2005), por exemplo, ainda que a descentralização da saúde tenha aspectos positivos, o traço característico do processo vem sendo a descentralização fiscal, com transferência de responsabilidade e gastos para os estados e municípios.

Outra característica das políticas públicas que se fez sentir no Brasil a partir da década de 1980 e ganhou força na década seguinte, diz respeito à focalização, compreendida com a percepção de que os recursos dirigidos aos pobres devem ser aplicados em programas sociais. A focalização aparece nas propostas de atenção primária seletiva do AIS e SUDS modelos de saúde anteriores ao SUS. As AIS reforçaram o mecanismo convencional de serviços, os recursos eram centralizados pela União, o que favorecia o clientelismo entre as bancadas federais e os estados e municípios no que tange ao repasse de recursos. No nível da execução, as AIS não conseguiu passar de uma política compensatória e focalizada. (MENDES, 1996) No caso do SUDS, ainda que mantida a via convencional, o Sistema previa a retirada gradual do INAMPS da prestação direta dos serviços de saúde; como a diminuição relativa das

transferências ao setor privado, pretendia se privilegiar o repasse as instituições filantrópicas. Houve de fato uma desconcentração para os estados e destes para os municípios, estabeleceu-se um processo comunicacional interinstitucional, mas a centralização acabou mantida nos estados, onde se criou a maioria dos colegiados com capacidade de decisão.

A desconcentração, conforme tratado aqui difere sobremaneira do que trataremos mais a frente, a descentralização. No primeiro caso, está se tratando de localização, em diversos pontos de uma nação, de uma mesma instancia de poder. No caso da descentralização, diversas instancias de poder, tem relativa autonomia. O resultado do SUDS acabou sendo a estadualização da saúde e a desconcentração de perfil clientelista nos municípios, a municipalização foi seletiva e não valorizou mecanismos participativos nas cidades (MENDES, 1996).

Entretanto, e apesar dos entraves da política e da economia, ou talvez, por conta destes, a década de 1980 foi também a da redemocratização. Mudanças significativas aconteceram na sociedade civil, novos sujeitos sociais entraram na discussão do modelo de saúde a ser implantado. Entre os profissionais da saúde, a discussão já deixara de ser apenas técnica, tomando uma dimensão política. Além dos profissionais diretamente ligados a saúde, movimentos sociais realizavam eventos que visavam discutir e influenciar o processo de construção do Sistema de Saúde, fazendo com que as discussões em torno do modelo de saúde a ser implantado extrapolassem o congresso nacional. Esses grupos, cujo espaço de convergência na década de 1980, foi o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) buscavam o fortalecimento do setor público na saúde via movimento sanitário (BRAVO, 2006).

Os movimentos sociais concordavam nas necessidades seguintes: a universalização do acesso; a consolidação da saúde com direito social e dever do

Estado; a estratégia de Sistema Único; a descentralização administrativa; e a democratização pelos conselhos de saúde.

A VIII Conferência da Saúde realizada em março de 1986, no Distrito Federal, foi fruto de discussões entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, uma vez que havia um impasse entre os dois ministérios em relação às possibilidades e viabilidade do aprofundamento da reforma sanitária. A principal preocupação decorria do fato de que de fato não houvera até então mudanças estruturais importantes, a reforma dependia por demais de atores sociais que ocupavam posições nos ministérios. Havia receio de que com a mudança desses quadros, a reforma não se institucionalizasse. Para que esse movimento tomasse vulto social, seria preciso que saísse da discussão acadêmica e técnica, já que fora um movimento nascido na Universidade (MENDES, 1996) e tomasse dimensão social e política. A conferência parecia ser o lugar e a hora de discutir os próximos passos e afinar o discurso do movimento de modo mais amplo, de modo que fosse possível influenciar as políticas de Estado e não apenas em determinado governo. Os temas da conferência foram: A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e financiamento setorial. Participaram da conferência cerca de 4500 pessoas, sendo 1000 delegados da sociedade civil (MERCADANTE, 2002).

Influenciados pelas discussões da conferência de saúde, na Assembleia Constituinte brasileira, havia dois grupos que buscavam valer suas posições: de um lado, as entidades do setor privado, capitaneadas pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas, de outro lado, o grupo de entidades que buscavam uma reforma sanitária ampla representadas pela *Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte*. Dois fatores foram importantes para que o grupo reformista alcançasse sucesso relativo em relação às propostas iniciais do movimento: a formulação

técnica dos projetos apresentados para o texto constituinte, e a pressão social exercida sobre os constituintes por parte da sociedade organizada. Vários pontos levantados pelos reformistas foram contemplados: a universalização foi garantida, foram firmadas as bases de um sistema unificado de saúde descentralizado, hierarquizado e integral com perfil participativo via conselhos de saúde e o Estado ficou responsável pela fiscalização, e regulamentação dos serviços de saúde prestados por particulares. Outra vitória dos reformistas no que tange a relação do Estado com o setor privado, foi a proibição, das subvenções às entidades com fins lucrativos. As entidades privadas a partir daquele momento seriam tratadas como complementares ao sistema público; vinculadas por meio de contrato de direito público, o que garantiria poder de intervenção por parte do Estado em caso de não cumprimento de contratos (BRAVO, 2006).

A década de 1990 inicia com um arcabouço razoável no que diz respeito à organização do novo sistema de saúde, os principais avanços estão materializados na constituição de 1988, na lei nº8.080, de 1990 e na lei nº8.142, de 1990. O que implica dizer que em termos de aparato jurídico, a reforma sanitária parece ter saído vitoriosa. Na verdade, o movimento ainda é contra hegemônico em relação ao modelo médico-assistencialista, fruto da reorganização dos setores conservadores, que geraram dificuldades de implementação de ações reformistas. Para krüger (2000), o problema passa pela peculiar inserção da reforma sanitária no Estado; o movimento institucionalizou-se sem conseguir se consolidar entre a população. A Reforma sanitária, conforme Cohn, foi um movimento de cima para baixo, que privilegiou a (re)construção de um aparato institucional da saúde. A dificuldade de participação da população nos conselhos é apenas um dos reflexos dessa distancia entre os fundamentos

da reforma sanitária e a prática cotidiana em relação aos assuntos de saúde (COHN, 1996).

A partir de outro ponto de vista, é possível fazer uma avaliação positiva desde processo: para MENDES (1996), o ritmo de mudança lento não é uma característica do Sistema de Saúde, é sim uma prerrogativa da democracia, em que as revoluções são raras; além do mais, a reforma “é o resultado de intensos debates e disputa por interesses”. (FONTES, 2011, p. 159) Assim o processo de organização do SUS é, no mínimo, de médio prazo, uma vez que a construção de seu aparato institucional é sempre fruto do enfrentamento de vários atores sociais, representantes das mais distintas concepções e tendências no campo político. No campo ideológico, o SUS e as proposições identificadas como a reforma sanitária e com os pontos programáticos da promoção da saúde, enfrentam desafio particular e ainda maior, já que tem por objetivo mudanças culturais em relação às novas concepções do processo saúde-doença e de novas práticas médico-sanitárias. Diga-se de passagem, o campo da saúde foi talvez o que teve mais sucesso no que tange a resistência a onda de reformas liberalizantes, a consolidação do SUS e a descentralização político administrativa do sistema podem ser vistos como avanços importantes (CASTRO e CARDOSO JR. 2005). Os autores alertam, entretanto, para o fenômeno da universalização restrita, que não aconteceu apenas na área da saúde, seria uma característica de todo o sistema de proteção social brasileiro – educação, saúde, previdência e assistência social – no qual o universalismo da cobertura não se firmou como prática e muito menos enquanto princípio ideológico de organização das políticas.

Seguindo esta linha argumentativa, Mendes avalia que os sanitaristas foram derrotados pela coalizão de forças que conseguiu se valer da crise dos anos 1980 para fazer as mudanças neoliberais. O mecanismo que MENDES chama de *universalização*

excludente criou um espaço público de cidadania regulada mediada pela focalização e operacionalizada como a atenção primária seletiva. A universalização era um consenso, mas ela foi conseguida a custas da baixa qualidade do serviço e do aumento dos mecanismos de racionalização. O universalismo é excludente – ou restrito, como preferem CARDOSO E CASTRO – na medida em que, partindo de uma deturpação do texto constitucional, para garantir a incorporação dos mais carentes, exclui os que possuem algum recurso. Outro efeito importante desse arranjo é a expansão do subsistema de atenção médica supletiva. *“assim, no final dos anos 80, está consolidado o projeto neoliberal da saúde composto por três subsistemas: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema de atenção médica supletiva ²e o subsistema público.”* (MENDES, 1996, p.59).

A universalização não significou melhoria na qualidade de vida da população brasileiro; os meios legais que permitiriam a operacionalização satisfatória do Sistema ainda deixam a desejar em termos exatamente da prática (BRAVO, 2006) . Relacionado a este fato, temos ainda o gradativo afastamento dos atores sociais envolvidos na reforma sanitária do cenário político. Diante disto, o movimento sanitário perdeu apoio popular, afinal de contas os resultados alcançados, não só com o movimento, mas os resultados do processo de redemocratização como um todo, estavam aquém dos esperados, ao menos em termos da melhoria da qualidade de vida da população\ (CARVALHO, 2001). O resultado foi então a despolitização do processo de consolidação do sistema de saúde, que se tornou burocratizado. Entretanto, em se levando em consideração o desenvolvimento da política de saúde no final dos anos 90 e a primeira década do século XXI, o projeto neoliberal, não se concretizou de todo no campo da saúde.

² O sistema de atenção médica supletiva refere-se aos prestadores de serviços privados de saúde.

Estamos ainda longe de um modelo ideal. Longe disso, a efetiva mobilização política parece ser o único meio viável de reanimar a reforma sanitária de modo a transformar processos e mesmo instituições via mudanças de práticas (BRAVO, 2006). Resta ainda a pergunta: como transformar as práticas e como favorecer a mobilização popular? A mudança qualitativa do subsistema público é condição necessária para que o projeto democrático de reforma sanitária tenha força política de se impor novamente. (MENDES, 1996) As unidades prestadoras de serviços locais, como as Unidades de Saúde da Família nos parece que tem um papel fundamental nesse ideal de aproximação com a população. Pois, a adesão popular não se fará por meio de decretos que ‘prescrevam’ a participação, se fará sim pela concretização da melhoria dos serviços e pela consolidação de uma cidadania ativa e participativa.

1.2.Novas práticas da atenção básica e promoção da saúde

Conhecemos um pouco da história dos modelos sanitários no Brasil, e vimos a importância do movimento sanitarista na reconfiguração do sistema de saúde nacional. Mas quais são as bases conceituais do movimento? Qual era o cenário internacional em relação ao debate da assistência a saúde pública? Nesta seção tentaremos responder essas questões, privilegiando a emergência do conceito de promoção a saúde e sua articulação com a noção de prevenção. Promoção e prevenção são à base da atenção básica, e elementos fundantes da perspectiva de ação do PSF.

A expressão promoção da saúde não é exatamente nova, tradicionalmente era utilizada para se referir a um nível da atenção na medicina preventiva. Sigerist em 1946 (*apud* BUSS, 2003) foi dos primeiros autores a se referir à promoção da saúde, seria ela uma das quatro tarefas essenciais da medicina, ao lado da prevenção das doenças, a

recuperação e a reabilitação. O sentido da expressão foi mudando, e passou a agregar ao termo, antes apenas técnico, um enfoque político diretamente relacionado a novas perspectivas em relação ao processo de saúde-doença. Se por um lado, as práticas de saúde ainda tem por viés condutor o acometimento, e quanto muito, a prevenção de doenças, por outro lado, desde os anos 1950, já se debatia o adoecer sob novos aspectos, ligados a experiência do adoecer e da repercussão individual e social deste processo. Acompanhando esta tendência, promoção a saúde pretende agregar tanto o acometimento quanto a prevenção. (LIMA, 2002) tais mudanças estão no bojo da emergência de novos determinantes da saúde.

a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2003, p. 19).

Toma força, a partir de então, uma nova concepção de saúde fundada em uma visão ampla do processo de saúde-doença e da observação de novos determinantes da saúde. Marmot (2006) pensa estes determinantes como ‘causa das causas’ de doenças, por exemplo, o que determina a adoção de determinada dieta num grupo nem sempre diz respeito à escolha do indivíduo. A emergência de novos determinantes tem como uma de suas consequências a busca de articulação entre saberes técnicos diversificados - advindos de cada vez mais campos de saber – e de saberes não-técnicos, trazendo a tona a valorização do conhecimento popular e a participação social. Destes novos elementos se mobiliza novos recursos institucionais e sociais. A prática da promoção vem demonstrando que sua execução depende não só dos profissionais da saúde, mas que passa pelo esforço social e mesmo comunitário no sentido da viabilização das ações das políticas públicas (BUSS, 2000).

A promoção da saúde começa a ser entrar na agenda das políticas públicas a partir de 1970, inicialmente nos países desenvolvidos, e surge como reação a medicalização da sociedade e particularmente dos sistemas de saúde. Entretanto, foram as conferências internacionais de saúde, particularmente as acontecidas a partir da década de 1980, - por meio dos debates travados e dos compromissos assumidos nestes encontros – que permitiram a difusão dos conceitos e facilitarão a incorporação da promoção da saúde nos sistemas de saúde nacionais.

Estas novas preocupações terão grande impacto na definição das metas do PSF, os pontos mais importantes, embora não exclusivos, são: (1) os novos arranjos em torno do processo saúde-doença, (2) o foco na saúde comunitária, e na atenção básica à saúde; e a (3) ampliação do escopo dos determinantes da saúde, em que se leve em conta não apenas o indivíduo, mas também a comunidade, os espaços de trabalho; o meio-ambiente físico e social (BUSS, 2000).

Antes das conferências internacionais da saúde, dois momentos precisam ser destacados, pois firmaram novas posições em torno da saúde, com implicações políticas, econômicas e socioculturais. Cronologicamente, o primeiro deles foi a divulgação do documento conhecido como Informe Lalonde, em 1974, Marc Lalonde era então ministro da saúde do Canadá. O trabalho é conhecido como o primeiro instrumento institucional de caráter nacional a trabalhar o conceito de promoção a saúde e ter uma plano de ações neste sentido, com definição de prioridades e marco de referência para o planejamento estratégico (BUSS, 2003).

O documento lançava bases para o enfrentamento dos custos crescentes da assistência médica tradicional com novas estratégias e com a ampliação do que se entendia como os determinantes da saúde, agregando aos fatores biológicos humanos, a organização da assistência à saúde, o estilo de vida, e a preocupação com o ambiente

social e natural. Quatro anos mais tarde, tem lugar em Alma-Ata-URSS, atual Cazaquistão, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). A declaração de Alma-Ata – texto final da conferência – apresentou como meta principal a proposta de saúde para todos os povos até o ano 2000, com foco nos cuidados primários. A declaração partia do princípio de que a capacidade de prestar cuidados primários depende das condições econômicas, políticas e socioculturais dos países e comunidades locais, mas devem incluir basicamente:

Educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (BRASIL, 2001 [1978], p. 09).

Para atingir estes objetivos seria necessário, um esforço global na busca de novos caminhos para a saúde em nível mundial, que envolveriam o aumento do controle social do setor saúde por meio da participação, individual e coletiva. Os preceitos debatidos nesta e em outras conferências tiveram repercussão em muitos sistemas de saúde, inclusive no Brasil, e na sua reforma sanitária. São particularmente importantes para a consolidação dos conceitos ligados a promoção da saúde no Brasil as conferências internacionais de saúde ocorridas entre 1986 e 1991. A primeira delas aconteceu em Ottawa, no ano de 1986, depois vieram as conferências de Adelaide em 1988, e a de Sundsvall em 1991. Pode-se dizer que foi por meio desses encontros que se estabeleceram as bases conceituais e políticas do que se conhece como promoção da saúde (BRASIL, 2001[1986]).

Antes da Conferência de Ottawa, se identificava promoção da saúde com a ação sobre os comportamentos individuais em relação às práticas de saúde. Essa forma de

praticar a promoção implicava uma responsabilização total do indivíduo sobre sua condição de saúde. Na conferência de Ottawa começa a ser sistematizada uma nova concepção de promoção da saúde, mais focada na inter-relação social, particularmente na noção de comunidade “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (BRASIL, 2001[1986] p.11).

A carta de Ottawa preconiza os principais campos de ação para a promoção da saúde. (1) Criação de ambientes favoráveis à saúde, onde se parte do pressuposto de que a população e seu meio ambiente devem ser tratados de modo inter-relacionado; evidenciando a “necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural.” (BRASIL, 2001[1986], p. 13) (2) Criação e implementação de políticas públicas saudáveis, necessariamente intersetoriais, e não dependentes apenas das políticas de saúde, uma vez que vários aspectos da vida social impactam na saúde. Neste sentido, a carta aponta para a busca de “ações conjuntas [que] contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis.” (BRASIL, 2001[1986], p. 13) (3) Reforço da ação comunitária; segundo a carta, o acréscimo de poder local passa pela “posse e o controle dos próprios esforços e destino [da comunidade]” (BRASIL, 2001[1986], p. 13).

Esses aspectos são fundamentais para que a comunidade seja capaz de participar da definição de estratégias e das tomadas de decisão nas ações de promoção de saúde. (4) Desenvolvimento de habilidades pessoais; espera-se que melhorando o acesso a informação, as pessoas possam viver melhor. Essa tarefa da promoção da saúde se faz por meio da rede médica, mas acontecem principalmente com o apoio de parceiros potenciais, como escolas, locais de trabalho e espaços comunitários como as

associações. (5) Reorientação do sistema de saúde; tradicionalmente o setor médico atua na provisão de serviços clínicos e urgências médicas, é preciso agregar aos sistemas de saúde à prática da promoção a saúde. “Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.” (BRASIL, 2001[1986], p. 14).

A Conferência Internacional de Promoção a Saúde em Adelaide-Austrália, no ano de 1988, teve como foco as políticas públicas saudáveis e a questão da equidade. Particularmente debateu-se a priorização de grupos desprivilegiados e vulneráveis e o estímulo a políticas públicas voltadas à difusão de informação que viabilizem meios de controle social. Duas possíveis soluções foram apontadas no documento final da conferência: a criação de mecanismos de avaliação dos impactos das políticas públicas sobre a saúde, e a criação de sistemas de informação em saúde com consequente democratização destas informações (BRASIL, 2001[1988]).

O tema central da III Conferência Mundial, realizada em 1991, em Sundsval foi o meio ambiente e suas relações com a saúde. Na década de 1990 o meio ambiente foi tema central também da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio 92. Em Sundsval ficou claro que a meta de saúde para todos no ano 2000 seria dificilmente atingida. Concorriam para a deterioração das condições de saúde, entre outros fatores, a extrema privação de recursos de boa parte da população mundial e a degradação ambiental. Meio ambiente, do ponto de vista aqui compreendido, não se refere apenas ao meio físico e natural; é igualmente o lugar onde se vive, onde se trabalha e os espaços de lazer. Esses lugares e suas estruturas sociais subjacentes interferem diretamente na possibilidade de acesso a recursos de saúde e a oportunidades sociais. Neste sentido, o documento da conferência ressalta quatro

aspectos condicionantes de ambientes saudáveis: (1) a dimensão social, no que se refere às normas e práticas sociais de determinada comunidade e suas implicações sobre a saúde; (2) a dimensão política, no que diz respeito à participação democrática nos processos decisórios; (3) a descentralização de recursos e responsabilidades, e a (4) dimensão econômica no que tange a redefinição de valores monetários destinados a saúde pública (BRASIL, 2001, [1991]).

A Conferência de Jacarta, no ano de 1997, foi a primeira realizada num país em desenvolvimento; seu objetivo central foi atualizar a discussão de um dos pontos basilares debatidos em Ottawa, a participação social no setor saúde com vistas a promoção da saúde no século XXI. Na carta da Conferência se indicou que seria preciso criar, quando for o caso, e expandir onde já houver, as parcerias voltadas para a saúde entre os diversos níveis de governo e a sociedade, inclusive com o setor privado e reforçar a capacidade dos indivíduos e das comunidades no que se refere a agir sobre os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2001, [1991]).

Se a carta de Ottawa expõe os fundamentos da promoção da saúde, sendo documento fundamental para as ações de promoção em todo o mundo, a Declaração de Bogotá pode ser tomada como o documento de referência para a promoção da saúde na América Latina. O documento lembra que a região é profundamente marcada pela desigualdade social, fruto de séculos de exploração colonial, agravada pelas graves crises econômicas da segunda metade do século XX e pelas chamadas políticas de ajuste econômico. Parte-se do princípio de que a realidade socioeconômica de falta – ou a má alocação - de recursos sociais e econômicos para enfrentar os problemas sociais, e especificamente os de saúde, reflete em situações de risco particulares, daí a necessidade de pensar os problemas Latino-americanos de forma específica. (BRASIL, 2001, [1992]) Avançar em relação a esses problemas, passa pela superação da

modernização excludente implantada nesses países, e principalmente pela reconfiguração da organização social refundada em novas formas de solidariedade distintas daquelas do mandonismo e do clientelismo (FREITAS, 2003).

A prática de promoção da saúde em nosso país precisa combinar princípios presentes na carta de Ottawa, caracterizada pela abrangência, e pela Declaração de Bogotá, mais coerente com a realidade brasileira. Em termos práticos, a promoção da saúde deve orientar políticas públicas saudáveis, capazes de fomentar a criação de ambientes favoráveis à saúde; que combatam tanto a exclusão quanto a pobreza no sentido de um desenvolvimento integral, capaz de incrementar as habilidades pessoais, mas não apenas no sentido da mudança de comportamentos individuais objetivando minimizar riscos e agravos que previnam adoecimentos, mas também uma mudança de comportamento que permita maior participação política, que reforce laços de solidariedade comunitários, tornando as comunidades capazes de participar dos processos decisórios, democratizando as relações sociais na base, orientando serviços no sentido da melhoria da cobertura e da qualidade dos serviços. Sob essas condições, a sociedade civil tem – ou teria- condições de conhecer e mesmo influenciar os condicionantes e os determinantes da saúde por meio do controle social direto e territorializado.

1.2.1. Promoção conservadora ou progressista?

A saúde envolve várias dimensões que podem ser trabalhadas com base em padrões quantitativos: são as mortalidades, as morbidades, os dados demográficos, dos quais se constituem indicadores de saúde e de doença. Por outro lado, questões éticas, morais, políticas e culturais, variáveis essencialmente qualitativas, ainda que não diretamente ligadas a saúde, precisam ser considerados nas ações dos profissionais da

área, pois interferem nas práticas sociais de saúde, e mesmo nos riscos e agravos das percepções de sanidade. Essas preocupações, pode se dizer, são valores emergentes quando se considera, como vimos acima, a recente introdução da promoção e da perspectiva integrada dos condicionantes da saúde na retórica e na prática de saúde. (FREITAS, 2003) outra conclusão a que se pode chegar, é que a promoção da saúde não se define pela distinção em relação à prevenção de doenças – visto que são atividades complementares - ambas são parte da atenção básica, que ainda contempla as atividades de tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004). Os dois aspectos inclusive aparecem juntos no primeiro artigo dedicado a saúde na constituição:

Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Promoção e prevenção diferem em relação aos objetivos que pretendem alcançar: a promoção reúne atividades que agem sobre um estado positivo de saúde, logo, tem o sentido de maximização. A prevenção, por outro lado, mas de forma complementar, pretende evitar consequências negativas em relação à saúde, por trabalhar com um conceito negativo, já que seu objetivo é a ausência de doença lança mão de controle populacional para a detecção de fatores de risco objetivando seu controle. A prevenção de doença também se preocupa com as condições de vida do doente como condicionante de doenças. Para atingir seu fim, se vale de critérios geralmente objetivos, tais como exames, e indicadores socioeconômicos caracterizadores de risco. Essa característica faz com que a prevenção atue sobre grupos de risco, sendo, portanto, diretivo, tópico e focalizado. Os cuidados médicos historicamente foram – e em certa medida ainda são – praticados com base na prevenção de doenças sobre a tríade ‘controle de incidência-controle de prevalência -

controle de complicações adicionais’. Nesse modelo, a participação da sociedade civil praticamente não existe (BUSS, 2000).

O campo de ação da promoção da saúde é aparentemente mais complexo, pois não é possível fazer medições controladas – como é factível na tarefa de prevenção – *“uma situação de saúde define-se pela consideração das opções dos atores sociais envolvidos no processo”* (CZERESNIA, 2003. P. 48). Aspectos culturais e mesmo subjetivos estão implicados nas definições mais fundamentais, como por exemplo, a definição de saúde e de bem-estar. (MOYSES, 2004) Mesmo o conceito de doença e de adoecimento é bastante subjetivo (GRMEK, 1995, Apud CAPONI, 2003) observa que quando médico, doente e o entorno social do doente – seus amigos e familiares – falam de doença podem não estar se referindo a mesma realidade. Prevenção também está ligada a noção de vigilância e de risco. Vigilância não do indivíduo, mas de ocorrências de enfermidades. O objetivo não é normalizar, reestabelecer à norma o paciente que se desvia, mas de antever a emergência de acontecimentos considerados de risco. (CAPONI, 2003) Risco, como aqui analisado, difere da noção de risco epidemiológico, este se refere a probabilidade matemática que um sujeito, possuidor de determinada característica, tem de passar de um grupo considerado ‘exposto’ para outro de ‘afetado’ por alguma doença. Risco se aproxima sim da noção de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade preocupa-se com o potencial de adoecimento dos indivíduos que vivem numa determinada condição, mesmo que não possa ser expressa numa relação matemática de risco. (AYRES et al, 2003) Neste sentido, o foco da promoção da saúde é, ao mesmo tempo, abrangente, uma vez que busca trabalhar sobre os macro determinantes da saúde focando as condições de vida dos grupos sociais; mas é também específico, uma vez que seu objetivo passa pela subjetividade humana, tendo como fundamento a noção de bem-estar (CAPONI, 2003).

Há pelo menos duas perspectivas políticas em relação à promoção da saúde. A perspectiva conservadora coloca no centro do debate o problema econômico, visto que os custos da saúde, especialmente nos países centrais onde teve início a redefinição da promoção da saúde eram cada vez maiores, e os resultados cada vez mais parcos. Resulta daí uma prática de promoção a saúde fundada na racionalização de custos. No nível do discurso, a palavra de ordem era autonomia, entretanto, tratava-se, neste caso, de uma autonomia regulada, mediada pela lógica de mercado, no qual se reforça a diminuição do papel do Estado enquanto agente regulador e busca-se transferir cada vez mais responsabilidade aos sujeitos sociais. De outra perspectiva, que Czeresnia chama de progressista, a promoção a saúde também tem fundamento econômico, mas não se esgota nele. Sua base está na noção de intersectorialidade na qual se propõe a integração dos saberes da saúde com outras formas de trabalhar o homem e o ambiente social e natural (CZERESNIA, 2003).

A noção de promoção da saúde, na perspectiva progressista, parte do fato de que a saúde não é resultado apenas da ação do indivíduo sobre seu próprio corpo, tampouco é resultado exclusivo das ações de profissionais e de políticas do que chamados de setor da saúde. São fatores sociais, políticas sociais e políticas públicas, interações entre indivíduos e entre esses e entidades ligadas ou não diretamente à saúde, a forma como lidamos com o meio ambiente e as políticas públicas e sociais. Assim, a saúde de cada indivíduo e dos grupos sociais não pode ser tomada de forma isolada dada a conjuntura ampla de fatores intervenientes a saúde. (Moysés et al, 2004) Nesta perspectiva, a promoção da saúde trabalha com um conceito de saúde positivo e multidimensional. Por isso, seu modelo de atuação é participativo e integrador, sendo capaz de congrega-atores dos mais diversos espaços sociais, sejam organizações não-governamentais, associações de vários tipos, todas as esferas de governo e ainda o setor privado. A

promoção da saúde também integra os indivíduos – antes considerados apenas público-alvo – por meio de seus espaços de sociabilidade.

A estratégia da promoção é claramente social política e cultural, posto que a saúde é uma utopia a ser definida em suas coordenadas espaço-temporais o que implica claramente o protagonismo de indivíduos não técnicos e de movimento sociais, assim como a ação combinada de políticas públicas (BUSS, 2003. P. 34).

A saúde pública no Brasil, ainda que, com base em suas normas esteja assentada sobre a Promoção a saúde, na prática quase sempre se organiza em torno do conceito de doença. E mesmo quando elege a doença como foco não leva em conta a distância que há entre a construção mental do conceito de doença e o processo de adoecer enquanto experiência de vida. O PSF foi criado para minorar esse problema; com esta política pública pretendia-se mudar o foco da atenção básica, priorizando a saúde e sua promoção, sem descuidar, entretanto do combate às doenças. O Programa conta com os profissionais das Unidades de Saúde da Família, na próxima seção do capítulo tratamos mais especificamente do PFS, suas características e sua importância para a atenção básica em saúde.

1.2.2. PSF como sistema de vigilância em saúde

O PSF foi oficialmente iniciado em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica a saúde, voltando o foco da atenção para a família e para a comunidade. As prioridades do Programa são prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma contínua e integral. (BRASIL, 2004) No que se refere a organização do trabalho o PSF tem como novidade as Unidades de Saúde, espaço de trabalho das Equipes de Saúde, grupos que abrigam profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos e Agentes Comunitários de Saúde. Nas Unidades de Saúde é possível

receber atendimento clínico básico tal como: ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica. Esse amplo espectro de ação permite resolubilidade de boa parte dos problemas mais comuns da população na própria comunidade. O Ministério da Saúde indica que todos os profissionais do PSF devem receber capacitação específica para trabalhar no Programa; parte-se do princípio de que um novo modelo precisa ter novas práticas de saúde e a capacitação é o fundamento da integralidade que se pretende atingir. Ainda que não se pretenda sufocar as necessidades locais em favor de uma prática homogênea, se responde a um elenco mínimo de conteúdos definidos como centrais para a organização e ampliação da atenção básica: saúde da mulher, saúde da criança, controle de hipertensão, tuberculose, diabetes e hanseníase e saúde bucal (BRASIL, 2004).

A proposta de atenção integral e regular em comunidades pobres, e a articulação de ações preventivas e combate a doenças com base na equipe multiprofissional lotada nas Unidades de Saúde, conferem a especificidade deste Programa. Por estar voltado para ações comunitárias, o PSF é em seu fundamento um programa territorializado. O PSF, por seu alcance em termos de população atendida, e pela novidade de agenda, a época de sua implantação, pode ser considerado a política mais representativa do esforço de construção de um novo modelo de assistência a saúde no Brasil (CARDOSO; CUNHA, 2005).

No processo de implantação do PSF em uma cidade, o primeiro passo é a definição das áreas prioritárias. Tal seleção é feita com base em critérios definidos pelos municípios, embora geralmente atenda a critérios sociais, epidemiológicos, e de acessibilidade. A definição do espaço e o levantamento da população local é imprescindível ao planejamento de ações de implementação e de atuação continuada na área de abrangência. A articulação sócio-espacial, no caso da implantação do PSF pretende dar conta das dinâmicas de organização das comunidades e dos fenômenos

sociais que tenham relação com o processo de saúde-doença a nível local (BRASIL, 2004).

O conjunto de leis, iniciado com a lei nº8080, de 1990, tornaram possível a reorganização do sistema de vigilância epidemiológica e a proposta de ação com base na vigilância da saúde, em que se incorpora a promoção e a proteção ao conjunto de medidas do SUS, integrando a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, e a assistência médica. O ponto nodal desta integração se dá por meio de intervenção social organizada, por meio de políticas públicas setoriais ou transectoriais, como é o caso do PSF. Neste novo perfil de vigilância a saúde, os objetivos, os sujeitos e mesmo as práticas pretendem ser diferentes dos modelos tradicionais, no qual se pretende superar a separação entre práticas coletivas – vigilâncias epidemiológicas e sanitária – e práticas individuais – assistência ambulatorial e hospitalar. Parte-se, no caso da vigilância, da descentralização e de processos locais de organização de serviços. De outro lado, incorpora novos atores, trazendo para dentro do centro de decisão e por vezes de ação, a população organizada. A incorporação de novos atores sociais, que se somam aos trabalhadores da saúde, potencializam novas práticas de intervenção, já que trás para dentro das práticas as determinações sociais da saúde segundo aqueles que vivem tais condições, interferindo diretamente nos condicionantes sociais da saúde.

Tratar o PSF como sistema de vigilância a saúde apenas em parte remete ao conceito de vigilância tradicionalmente ligado exclusivamente ao controle de doença. A noção de promoção a saúde, como vimos, incorpora a vigilância não só de sintomas e de doença, mas também de estado de saúde. Nas décadas de 50 e 60, vigilância quase sempre se referia a ação sobre as doenças. Entretanto, ainda no fim dos anos 60, exatamente em 1968, nas discussões da 21ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde, começa a se esboçar um novo campo de pesquisa em que a coleta sistemática de

dados, consolidação e análise dos dados com posterior disseminação, passa a ser o fundamento da vigilância.

A vigilância em saúde pública, campo que nos interessa particularmente tem sido trabalhado com base em dois objetivos complementares. O primeiro, mais tradicional, diz respeito à descrição das ocorrências de doenças relevantes para a saúde pública, a análise de padrões de ocorrências, identificação de agravos e de riscos, observação de mudanças de práticas de saúde etc. o segundo objetivo tem a ver com o planejamento de serviços de saúde, escolha de prioridades e formação de base para implementação ou ajuste de programas de saúde.

No Brasil do contexto da reforma sanitária, esses objetivos da vigilância sanitária pública foram importantes para a articulação de programas comprometidos com a reformulação do sistema de saúde pública, assentados em novas abordagens e com a realocação de recursos de modo coerentes com as necessidades da população. O esforço de parte dos atores do movimento sanitário era não apenas racionalizar recursos e práticas com base nos problemas de saúde da população. Havia uma preocupação com a reorganização das práticas sanitárias, com uma ancoragem político-social das práticas de saúde, com a capacidade de organização da sociedade compreendida inclusive como condicionante da saúde, e com a democratização da sociedade como um todo. Esses aspectos foram incorporados a constituição brasileira de 1988, significando uma ampliação do conceito de saúde atribuindo ao SUS o papel de, entre outras coisas, executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica por meio de políticas públicas que reduzam doenças, agravos e promova a saúde. A vigilância, a partir de então, buscava articular, além dos determinantes tradicionais, o estilo de vida e as condições de vida à busca do controle das causas e a redução de riscos com base em políticas sociais e econômicas (MENDES, 1996).

1.3.Descentralização e participação

A saúde é um direito incondicional de cidadania social, estabelecida na noção de direitos mínimos do cidadão já que seu acesso não está condicionado por qualquer critério de seletividade. (CARDOSO E JACCOUD, 2005) A saúde, diz a carta constitucional, é obrigação do Estado e deve ser proporcionada de modo universal, através de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada por meio de um sistema único. As diretrizes principais deste sistema são: atendimento integral, preferencialmente preventivo, descentralização e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A constituição de 1988 representou certamente um avanço em termos de projeto democrático, especialmente no aspecto participação social. A partir da Carta Magna, as políticas públicas, particularmente as sociais, ligadas a educação, saúde, assistência social, previdência social e trabalho, devem se organizar de modo a permitir, e mesmo a estimular a presença de atores sociais os mais diversos nas tarefas de formulação, gestão, implementação e mesmo execução das ações sociais. Por refletir parte dos anseios dos movimentos sociais que buscavam a democratização no Brasil desde fim dos anos 1970, o texto constitucional gerou ampla expectativa em relação aos resultados da democratização e da participação social. As expectativas podem ser sintetizadas nos seguintes pontos: (1) incremento na transparência dos processos de deliberação, sob o signo da democratização do acesso ao sistema decisório; (2) maior visibilidade das demandas sociais, visto que os atores que são os ‘atingidos’ pelos problemas passariam a ter voz; (3) crescimento do associativismo e alargamento de direitos por meio da ação de movimentos sociais implicados na democratização da gestão social capazes de atuar

na execução e/ou no controle da execução das políticas sociais (SILVA, JACCOUD, BEGHIN, 2005).

Neste sentido, a necessidade de expressão de demandas, democratização de gestão e execução das políticas são os elementos centrais dos modos de participação social no Brasil pós-constituente. Há pelo menos quatro formas de participação da sociedade na gestão pública: (1) a forma consultiva, na qual a sociedade não interfere de modo contínuo, apenas participa quando é convocada pelo Estado, a participar de determinada decisão, mas sem poder de deliberação final; (2) a formula do controle social, ou fiscalizador, na qual a sociedade controla as ações dos governos; (3) quanto assume papel resolutivo, a sociedade delibera, o que implica ter *status* igual ao do governo no papel de gerência do processo decisório; por fim, no (4) papel executivo, a sociedade interfere diretamente nas ações públicas de forma deliberativa no planejamento, execução e avaliação (GRAU, 1991) .

Em termos práticos, as formas de participação social regulamentadas no Brasil são os conselhos e as parcerias Estado-Sociedade. Os conselhos são fruto da demanda social por participação nos processos decisórios nas políticas públicas, numa afirmação da ideia de democracia participativa e de representação no poder executivo. Segundo material produzido para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, *“A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos”* (BRASIL, 2006, p. 18). De fato, o conselho de saúde *“permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado.”* (BRASIL, 2006, p. 19). Os conselhos representam uma ampliação da democracia representativa na medida em que o controle social é visto *“como um fator de publicização do Estado, esta entendida como*

articulação de uma relação política entre Estado e sociedade, onde os interesses divergentes são expressos, os embates aceitos e as propostas construídas para a efetivação dos direitos conquistados” (KRÜGER, 2000, P.123).

As parcerias, para a sociedade civil são resultado do anseio de reorganização da intervenção na esfera social, os argumentos centrais para dita reorganização giram em torno da melhoria da equidade e da eficiência. (SILVA, JACCOUD, BEGHIN, 2005) por parte do Estado, tais parcerias se dão por meio dos serviços não-exclusivos³, as entidades que trabalham com o Estado nessas parcerias são de diversos tipos, desde cooperativas, sindicatos, associações de vários tipos etc. o mais importante é que essas organizações tenham mais autonomia e flexibilidade na prestação de serviços aos cidadãos-clientes, mas por outro lado, que busquem a participação da sociedade e que estejam apertadas ao controle social.

Desta forma, nem sempre essas ferramentas de participação funcionam de modo satisfatório, como seria de se esperar. No caso dos conselhos, tensões internas ao seu funcionamento, deste a falta de informação para a tomada de decisão por parte dos delegados, até o patrimonialismo ainda presente nas relações Estado-Sociedade no Brasil, são problemas comuns (KRÜGER, 2000) (BRASIL, 2006). No eu diz respeito às parcerias, as tensões, são também internas, mas as principais são aquelas que derivam do debate em torno do afastamento do Estado da questão social (NOGUEIRA, 2004).

Os conselhos são instâncias criadas no Executivo, mas, os arranjos políticos em cada área social atribuíram a seus conselhos tarefas distintas, que variam da organização da agenda política. De logo, eles pretendiam mudar o modo de relação entre o Estado e a sociedade, buscando aumentar a eficácia do Estado e a democratização das decisões,

³ Após suas reformas, o Estado brasileiro está organizado segundo as funções estratégicas, que compreende os poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e ministério Público; as atividades exclusivas, que apenas o Estado pode realizar, correspondentes as atividades de regulamentação e fiscalização; os serviços não-exclusivos, onde se insere grande parte das parcerias com a sociedade civil, ligada a produção de bens e serviços.

evitando, corporativismos e patrimonialismos. Alguns conselhos foram criados após a constituição, outros, como o de saúde, foram reformulados. O conselho Nacional de Saúde é bastante antigo, foi instituído pela lei nº378, de 1937, esta mesma lei reformulou os campos da saúde e da educação, então sob a coordenação do Ministério da Educação e Saúde. Mesmo com a separação das Pastas, no ano de 1954, o conselho continuou sendo um conselho consultivo, cujos componentes eram indicados pelo Ministro. A partir dos anos 1970, o conselho ganha estrutura burocrática, e atribuições legais, o decreto 67.300/1970 coloca que é tarefa do conselho examinar e emitir pareceres sobre questões relacionadas a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesta mesma década emerge com forma o movimento pela reforma sanitária, novos atores começam a surgir no campo da saúde, eles buscam o reconhecimento de que a saúde não pode ser tratada apenas de um ponto de vista técnico; se esboçava a reforma sanitária. As mudanças decisivas, entretanto, aparecerão apenas no fim dos anos 80 e início dos anos 1990. O reconhecimento de que a saúde pode e deve ser discutido de um ponto de vista político e participativo, ganha espaço no novo formato do Conselho.

Há conselhos de saúde nas três esferas de governo. A primeira lei pós-constituente a regulamentar os conselhos foi a de nº 8.142, de 1990, seguida pela lei nº99.438, ainda em 1990. A resolução 333, de 1992 reafirmou a composição dos conselhos. O decreto 5.839, de 2006, o mais recente, regulamenta que o conselho nacional elege seus membros, inclusive o presidente, cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. Os conselhos, nas três esferas de governo são entidades permanentes, deliberativas e de composição paritária, no qual metade da composição de um conselho corresponde aos usuários e a outra parte cabe ao governo, aos prestadores de serviços, e a profissionais da saúde. No conselho de saúde devem estar representados

usuários e executores das políticas de saúde, grupos profissionais, sindicatos, representantes do setor privado da saúde etc.

Esses atores são, principalmente, prestados públicos e privados de serviços individuais e coletivos de saúde, a maior parte deles financiados com recursos públicos; representantes da indústria de medicamentos e equipamentos médicos; entidades associativas sindicais, de portadores de patologias, de profissionais e trabalhadores de saúde; e representantes do movimento popular urbano ou sindical rural (CORTEZ, 2004, p.256).

Em conselhos com bom nível de representatividade, o que geralmente acontece em municípios que possuem gestão plena da saúde e uma razoável organização da sociedade civil, a participação visa influenciar os rumos das políticas públicas de saúde nos mais diversos aspectos (CORTEZ, 2004). Entretanto, a fragmentação da sociedade civil é a realidade da maioria dos municípios brasileiros. Nestes, os conselhos municipais são também ferramentas de legitimação das decisões públicas e sua existência e funcionamento é pré-requisito para o recebimento de verbas do governo federal para o financiamento da saúde.

Os conselhos, neste contexto, acabam sendo vistos como obrigação e não como direito, tornando-se mera formalidade, servindo ao cumprimento de diretivas burocráticas para liberação de recursos federais e, por vezes, até como ferramenta da reprodução da distância política e operativa entre o Estado e a sociedade (ANDRADE, ARENHART, 2004). Logo, um problema fundamental nos conselhos ainda diz respeito à representação social, ou seja, ao fato de não haver determinados grupos e instituições representadas nos conselhos quanto o assunto é interação entre governo e sociedade (SANTOS, AZEVEDO E RIBEIRO, 2004). Superado tal desafio, persistem ainda dois problemas, a nosso ver mais complexos. O primeiro passa pela cultura cívica da sociedade e sua relação com os conselhos (LIMA, BITOUN, 2004). O segundo refere-se ao perfil das administrações municipais, e especificamente a forma de ação do gestor municipal dos conselhos (CORTEZ, 2004).

Por outro lado, quando operam sob bases horizontais de participação, ou seja, quando o arranjo institucional local é claro e democrático, os conselhos podem servir de base de constituição e de difusão de capital social, permitindo o empoderamento de grupos diversos. (CORTEZ, 2004). Como arena de participação e de engajamento, os conselhos tem o potencial de consolidar aspectos da democracia participativa. Esta participação social pode fortalecer a cidadania e reforçar ou criar laços entre grupos associativos que tenham tipos de demanda social próximos (SANTOS, AZEVEDO e RIBEIRO, 2004).

As formas de participação, seja direta, por meio das parcerias, seja no controle social, por meio dos conselhos, refletem as contradições da sociedade em que estão inseridas. Mas, pela sua novidade de práticas, e pelo engajamento progressivo da sociedade, pode sim, em médio prazo, operar mudanças nas formas de relação política, e, portanto, constituem importante aprendizado democrático para a sociedade civil. (BRASIL, 2006) Na próxima seção trabalharemos a questão da participação da sociedade civil nas políticas de saúde no campo da execução de políticas.

1.3.1. Sobre a participação direta

A luta pela redemocratização e pela participação social nas ações públicas trouxe um elemento novo para o cenário sociopolítico: as organizações não-governamentais (ONGs) que trabalhavam por meio de projetos sociais em diversos campos das políticas sociais. Seus objetivos estavam geralmente ligados a inclusão social, saúde pública e combate a pobreza. De modo geral, visavam ampliar a participação social no processo de (re)distribuição operado pelo Estado (ALMEIDA E ARAUJO, 2004). Ficou claro

que o Estado não era mais o único articulador das ações na esfera pública, elementos não-estatais se juntam a esfera pública no processo de governabilidade e de governança de assuntos antes visto como apenas de atribuição estatal. Não apenas as metas são de interesse público, a partir da participação social, todo o processo de gestão pública passa a ser acompanhado e mesmo conduzido pela sociedade em parceria com as esferas do Estado.

Não há, todavia, unanimidade a respeito da importância do papel social dessas organizações da sociedade civil. A atuação das organizações sociais já foi vista como uma solução para os problemas de corrupção, patrimonialismo, burocratização e ineficiência das políticas sociais. Deste ponto de vista, acredita-se que sua ação de participação social pode repercutir em democratização da sociedade, com ganhos aparentemente evidentes para a sociedade civil, fortalecida pela prestação do serviço público, e também para o Estado que, em tese, se veria mais enxuto e dinâmico. Há, neste contexto, geralmente uma negação do papel clássico do Estado como ente prestador de serviços públicos. Os argumentos para tanto giram em torno da alegada ineficiência do Estado, ou ao menos da maior eficiência da sociedade civil organizada na prestação dos serviços de proteção social. Visto de outro ponto de vista, não necessariamente contrário ao primeiro, acredita-se que o fortalecimento da sociedade civil é realizado com maior sucesso quando o Estado é capaz de pactuar e articular a sociedade civil em suas diversas manifestações (NOGUEIRA, 2004).

Esse processo está longe de estar consolidado, ainda há questionamentos sobre a atuação da sociedade civil, sobre o perfil do Estado que regula esta participação e a forma de relação entre este e as organizações que prestam os serviços a população. E ainda, e talvez mais importante, o debate em torno das formas de participação social e

até que ponto elas são de fato eficientes e eficazes na gestão das políticas públicas (SILVA, JACCOUD, BEGHIN, 2005).

A forma de participação da sociedade civil no campo da saúde sofreu alterações importantes no decorrer das últimas três décadas. A emergência de atores sociais implicados numa nova forma de associativismo e de movimento social tem início no Brasil durante o processo de redemocratização do país, a partir da década de 1970. Esses movimentos estavam preocupados em gerar demandas e cobrar ações do Estado, mas, muitos deles buscaram também alternativas de intervenção social, fundadas na noção de iniciativa própria da sociedade civil. Esses grupos agiam organizando grandes manifestações que envolviam os mais diversos temas desde os locais, ligados a trabalho e renda, até problemas sociais coletivos e relativamente novos na agenda dos movimentos sociais como gênero, meio ambiente e violência. Os processos de deliberação continuariam a ser acompanhados pelas entidades, mas estes novos estavam focados num aspecto das políticas públicas que se formou a partir da ideia de descentralização político administrativa: a gestão de políticas por meio de projetos de intervenção social operacionalizadas por entidades da sociedade civil. Tal descentralização estava na agenda do Estado que pretendia reduzir sua máquina, e, conseqüentemente seu custo.

Nos países capitalistas centrais, a reforma do Estado tornou-se tema da agenda política ainda nos anos 1980, no bojo da crise econômico que atingiu a economia mundial. A princípio, buscou-se reduzir a atuação direta do Estado. Os meios mais comuns foram privatizações, parcerias e concessões. Nestes países, o papel do Estado foi redefinido, foram reforçada as funções regulatórias e indutora, e diminuído o aspecto executor; esta redefinição não representou necessariamente o que ficou conhecido como Estado mínimo. Foram adotadas também medidas de contenção de despesas pela adoção

de políticas de controle orçamentário. Buscava-se aumentar a eficiência das políticas, a obtenção desta eficiência não significou, em muitos casos, diminuição de gastos, e sim otimização gerencial para administração dos recursos (LOUREIRO, ABRUCIO. 2002).

Nos anos 90 tomou corpo, no Brasil e na América Latina, mudanças no sentido da reorganização das funções do Estado. Partia-se do suposto que de o Estado precisava adotar medidas gerenciais como as que regem o mercado. A amplitude destas reformas variou de país para país, a tônica dominante, entretanto, foi basicamente a mesma: privatizações de grandes empresas estatais e modelo de gerência estatal descentralizada que identificava eficiência pela redução de custos operacionais e resultados objetivos. A reforma do Estado esteve na base da expansão da participação das ONGs na execução das políticas sociais. Esperava-se que a proteção social em vários âmbitos ficasse sob a responsabilidade de ação e gestão das ONGs, sob o argumento da maior eficácia e eficiência destas organizações, que em tese, trabalhariam com uma lógica distinta da estatal (ALMEIDA E ARAUJO, 2004), (LOUREIRO, ABRUCIO. 2002).

Nos países periféricos, as reformas foram mais ortodoxas, mas o caso brasileiro não foi o mais radical, os países onde o receituário liberal foi seguido quase a risca na América Latina foram Argentina e México. No caso brasileiro hoje espaço para saídas negociadas e mais democráticas.

É característica dessa nova ação do Estado a delegação de poder de implementação e de ação a entidades fora da esfera estatal na promoção de setores antes considerados estratégicos como educação e saúde. Cria-se assim uma esfera pública não estatal. Desta maneira, ocorre uma mudança significativa sinalizada pela revalorização do papel da sociedade civil na prestação de serviços públicos. Alguns autores identificam neste processo uma refilantropização da questão pública o perigo está exatamente na possibilidade de desmonte das organizações coletivas, com deslocamento

da sociedade civil em sua proximidade com a esfera estatal, para uma aproximação com o mercado. Bravo (2006), por exemplo, é crítica da ação do Programa de Agentes de Saúde, que ela acredita ser um aspecto da refilantropização da saúde. Na sua visão, emprego de pessoas não qualificadas na área da saúde para realizar trabalhos de promoção da saúde, prevenção e combate a doenças, tem como pano de fundo a meta da redução de custos e representa um a precarização dos serviços.

Outros verificam um fortalecimento da sociedade, visto que empoderada de tarefas de promoção social. Dois fatos são relativamente consenso: primeiro, abriu-se um novo espaço de solidariedade não-estatal; segundo, os movimentos sociais nacionais, antes caracterizados, em sua maioria, pela autonomia e até mesmo pela busca de alternativas no campo político, em relação ao formato de Estado, cederam espaço a novas formas de participação social: as Organizações Não-Governamentais. (PAOLI, 2002) Estas organizações são geralmente entidades profissionalizadas cujos objetivos estão mais identificados com questões cívicas que políticas, particularmente no campo da solidariedade social. Uma das críticas em relação à atuação das ONGs refere-se ao fato de que elas permitiriam ao Estado afastar-se de suas obrigações garantidas aos cidadãos conforme texto constitucional, o que acabaria não só por restringir o papel do Estado, mas teria impacto negativo na sociedade civil, responsabilizada por uma tarefa que não teria autonomia para realizar. Por outro lado, opera como instrumento de ampliação da cidadania, na medida em que constitui um novo espaço de inserção da sociedade civil na gestão e administração de serviços sociais. No capítulo seguinte, retomamos a discussão sobre participação numa perspectiva teórica, será então revista a noção de cidadania restrita e cidadania ampliada.

1.3.2. Descentralização e municipalização

A descentralização político-administrativa vem sendo implantada no Brasil desde a redemocratização ocorrida no país a partir dos anos 1980. Desde o início das discussões havia pelo menos dois grupos com bases ideológicas bastante distintas em jogo que podem ser identificados como reformistas e liberais (SILVA, 2001). Os reformistas defendiam a descentralização como um projeto para o aprofundamento da democracia aproveitando-se do momento histórico por que passava o país, deveria se empoderar a sociedade e fazer dela agente de seu desenvolvimento. Municipalizar a saúde seria, nesse sentido, por em prática os preceitos da agenda da saúde prevista na constituição nos seus quatro pilares: universalidade, integralidade, equidade e controle social. (BRASIL, 1988). Na dimensão reformista, a maior participação, o deslocamento de poder e a ampliação da democracia formal – seja representativa ou direta – seriam os objetivos da descentralização. Na perspectiva liberal a racionalidade econômica e a otimização dos recursos materiais do Estado aparecem como indicador de sucesso da política de municipalização implantada. (SILVA, 2001)

A municipalização da saúde, como ficou conhecido o processo de empoderamento dos municípios neste campo, parte da premissa de que as políticas públicas se concretizam no nível municipal, a descentralização da gestão, desta forma, aproxima executores, gerentes e a população a ser atendida. (BRASIL, 2006) Essa mudança no pacto entre as esferas de poder, permite novas formas de participação social, neste novo formato de gestão a população não é apenas usuária de serviços, e participe na medida em que fiscaliza influencia e participa diretamente.

Desde a municipalização o município foi alçado a elemento principal da vigilância em saúde segundo a lógica das condições de vida particulares e do acesso aos

serviços de saúde. Com a descentralização do SUS, ganhou espaço também a participação comunitária.

Segundo o artigo 18º da lei nº. 8.080 “à *direção municipal do Sistema de Saúde compete: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde*” (BRASIL, 1991). Nas Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, de 1997, verificamos que é papel do município:

Conduzir a implantação e a operacionalização do programa [PSF] como ação integrada e subordinada ao serviço municipal de saúde, recrutar os agentes comunitários de saúde através de processo seletivo, contratar e remunerar os ACS e o(s) enfermeiros(s) instrutor (es) / supervisor (es); garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação permanente dos ACS. (BRASIL, 1997)

A responsabilidade primordial do município no SUS é a operacionalização da atenção básica. Os municípios podem ainda assumir gradativamente a responsabilidade de organização do sistema de saúde municipal, passando pela gestão plena da atenção básica – quando a municipalidade assume toda a gestão da atenção básica em seu território – até atingir a gestão plena do sistema municipal, na qual o município assume o controle de todos os serviços no seu espaço de controle político. Estes dispositivos aparecem pela primeira vez regulamentados na NOB/96.

O Piso de Atenção Básica (PAB) criado através da Portaria nº 1882, de 1997 é um aspecto financeiro da descentralização que está diretamente relacionado a qualidade do sistema de saúde brasileiro, especialmente na atenção básica, pois incentiva municípios a assumirem progressivamente a gestão da rede básica. (BODSTEIN, 2002) O valor se destinava ao “custeio de procedimentos de atenção básica, de responsabilidade tipicamente municipal” (CONASS, 2003) As normas de elegibilidade ao PAB foram definidas pela NOB/96, entre outras coisas, prevê a criação de um Fundo

Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, objetivando gerar mais autonomia e responsabilidade do gestor municipal. Principalmente para municípios pequenos, como pouca infraestrutura para atendimento da população, a mudança trouxe impacto positivo, pois o repasse, diferente do sistema anterior, não tem base na produção para posterior pagamento pelo serviço. Em médio prazo, a mudança pode amenizar o problema da focalização nos processos de adoecimento, e fazer com que os municípios invistam em promoção da saúde e em medidas preventivas (COSTA E PINTO, 2002).

As bases formais para uma maior participação dos municípios na política pública de saúde aparecem nas NOBs, de 1993 e 1996, onde estavam postos os dispositivos institucionais da regulamentação da distribuição de recursos e competências para por em prática a descentralização. A NOB/1996 é particularmente importante pela criação das comissões intergestoras (Comissão Intergestora Tripartite e a Comissão Intergestora Bipartite) que pretendem garantir o processo de articulação entre os gestores das três esferas do governo (BRASIL, 1996).

A NOAS 01/2001, parte do diagnóstico da defasagem do modelo estabelecido na NOB, e estabelece novos dispositivos visando melhorar a equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção. A Norma de 2001 cria a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e define as áreas de atuação mínimas do município para a habilitação na condição de GPABA. O novo modelo de financiamento é o PAB-Ampliado. A NOAS de 2002 corrige e amplia a anterior na medida em que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da

capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (BRASIL, 2002).

Na época da pesquisa que embasa este trabalho, a atenção básica já era organizada conforme a Portaria nº 648/2006. Na Portaria, o PSF é tratado como estratégia prioritária de organização da atenção básica; para melhorar a qualidade do atendimento no Programa, a Portaria determina que cada Equipe de Saúde seja responsável por até quatro mil pessoas e não mais quatro mil e quinhentas, como acontecia anteriormente. E ainda indica a necessidade e educação permanente dos profissionais que atuam do PSF (BRASIL, 2006).

Em 2005, o Ministério da Saúde, criou o Pacto pela Saúde, que se compunha de três eixos estruturantes, O Pacto em Defesa da Vida, o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde vem sendo gestado deste 2003, quando o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), negociava, junto ao Ministério da Saúde, uma revisão das normas do SUS. O Pacto pela saúde pretende muda radicalmente pactuação do SUS, já que interfere nos pactos realizados com base nas Normas Operacionais (NOBs e NOAS) (MACHADO et al, 2009). No ano de 2006, como frutos das discussões, são lançadas duas portarias de Ministério da Saúde. No mês de fevereiro é lançada a Portaria GM/MS 399, no documento aparecem as diretrizes operacionais do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida, revisáveis a cada ano, visando adaptar-se as constantes mudanças nas necessidades da população Em abril de 2006, com a publicação das Portarias GM/MS nº. 699 e GM/MS nº. 698 regulamenta-se as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e se institui nova forma de transferência de recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida previa uma série de compromissos redefiníveis anualmente e estipulava as formas de ação e definindo também as responsabilidades das esferas governamentais. Para o ano seguinte, 2006, estava entre as prioridades a promoção da saúde e atenção básica à saúde⁴; o pacto O Pacto em defesa do SUS pretende estimular a mobilização social para assuntos de financiamento do Sistema e conscientização do papel social do Estado nas questões de saúde pública. O Pacto de Gestão tem como focos principais minimizar o problema de competências concorrentes entre os entes federativos, fortalecer a gestão compartilhada e avançar na regionalização – onde haja unidades de princípios – estimular a descentralização e a participação por meio do controle social, no aspecto econômico, o Pacto explicita as novas ferramentas de financiamento tripartite (BRASIL, 2004) (CONASS, 2006).

Alguns fatores influenciam negativamente a implantação do Pacto de Saúde do ponto de vista gerencial, com destaque para a dificuldade de gestão integrada entre União, Estado e Municípios; a deficiência dos sistemas de informação, que tem relação mais uma vez com a integração e ainda os entraves da logística na área da saúde. Esses são problemas de ordem organizacional, mas impactam diretamente sobre o que se denomina de rede de atenção à saúde e suas funções de coordenação- entendida como a capacidade de gerência dos fluxos e contra-fluxos de pessoas e diversas formas de recursos-, resolução – vista como a capacidade de solucionar os problemas de saúde - e, a responsabilização – que consiste na co-responsabilização das partes do sistema de saúde em relação a saúde dos usuários (MENDES, 2007).

No que se refere especificamente a resolução e a responsabilização, outros fatores são mais facilmente observáveis, embora sejam de difícil resolução, dada sua persistência histórica e a vinculação com práticas culturalmente construídas: a ênfase

⁴ As demais prioridades indicadas foram: Saúde do Idoso, Câncer de colo de útero e mama, Mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

dada a atenção especializada por parte dos profissionais médicos, e a correlata hipervalorização por parte da população assistida das ações de atenção secundária - os tratamentos curativos, ligados aos hospitais. Neste sentido, a atenção básica, mesmo quando conta com boa estrutura organizacional é vista como mero acessório. Para que a prática da atenção básica e da promoção da saúde siga o que se propõe em normas e regulações, ela precisa deixar de ser focalizada para ser territorializada. Territorializar as práticas implica também participação por parte da população assistida, e reconhecimento de diferenças locais por parte dos gestores. Mas é o próprio texto do Pacto pela Gestão que coloca que *“Há ainda de se criar possibilidades de participação da comunidade na gestão das unidades de saúde criando Conselhos Gestores, estimulando assim o empoderamento da sociedade nestas ações”* (BRASIL, 2005, 47).

O movimento duplo de territorialização como elemento da descentralização das ações e de valorização e estímulo da participação da sociedade civil deve ainda permitir a repactuação de ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação nos territórios. (BRASIL, 2005). O tema da participação continuará a ser discutida no capítulo seguinte, de um ponto de vista teórico e atrelado a discussão do conceito de democracia.

CAPÍTULO 2 - DEMOCRACIA, SOCIEDADE CIVIL E PARTICIPAÇÃO

De modo geral, é democrático o sistema político em que todo o povo tem o direito de tomar as decisões vistas como básicas em relação às questões consideradas de ordem político-social. Este e outros direitos básicos presentes na democracia estão fundamentados geralmente nas leis básicas de uma nação, instrumento conhecido como Constituição.

Historicamente, são três as tradições da democracia. A primeira, conhecida como teoria clássica, tem como origem principal a obra do filósofo grego Aristóteles, na qual o autor coloca que são três as formas de governo: a democracia seria o governo do povo, ou mais especificamente dos cidadãos; que se distingue da monarquia, sendo este o governo de um só, e por fim, há ainda a aristocracia, compreendida como o governo de poucos. A segunda tradição, identificada como medieval, supõe o poder como algo descendente ou ascendente, no primeiro caso, o poder advém do ‘príncipe’, e por delegação do superior se transmite para o inferior; no segundo caso, no qual está a democracia, o poder deriva do povo se onde advêm os representantes. A terceira concepção, conhecida como moderna, cuja formulação histórica mais conhecida é a de Maquiavel, há duas formas de governo, a monarquia e a república, a democracia, nesta perspectiva é uma forma de república. Em que se tome como foco a concepção moderna e as mudanças que tanto a prática quanto a teoria política trouxeram para a compreensão do que seja democracia, a discussão sobre o tema até meados do século XX, desenvolveu-se em torno da oposição teórica e prática entre liberalismo e socialismo (BOBBIO, 2000).

A democracia, sob o ponto de vista do socialismo, não apresenta a mesma preocupação, característica do liberalismo, como veremos, com relação ao chamado processo de democratização. Implica dizer que, a noção de sufrágio universal, por exemplo, elemento central do ideal liberal de democratização, é apenas o ponto de partida para o pensamento socialista sobre a democracia. O aprofundamento da democracia, sob este argumento, parte exatamente da crítica da democracia representativa e da retomada de certos preceitos da democracia direta. É preciso compreender que na perspectiva socialista o foco está na revolução social e econômica, logo, a revolução política pela via democrática constitui certamente um caminho, mas não o único (BOBBIO, 2000).

Neste trabalho, privilegiaremos o debate em torno da democracia liberal. O texto seminal do ponto de vista liberal é o discurso de Benjamin Constant: “*A liberdade dos antigos comparada com a dos modernos*”, de 1819. O sentido de liberdade dos modernos, conforme defendido por Constant, refere-se principalmente a liberdade individual em relação ao Estado, observável por meio das liberdades civis e políticas. “Trata-se de assegurar um ordenamento jurídico-político no âmbito do qual a liberdade individual possa ser exercida sem riscos, encontrando-se devidamente protegida da possibilidade de abusos do poder político” (GUSMÃO, 2001, p. 40).

O argumento de Constant nesta obra é bastante radical em relação a noção de liberdade: para ele, a liberdade negativa, algo que não havia entre os povos das repúblicas da antiguidade, é fundamental para os modernos. Entre os antigos, a liberdade estava estreitamente ligada a participação ativa nas questões públicas e ao poder de deliberar publicamente sobre os assuntos públicos. Entretanto, essa liberdade do indivíduo coexistia com uma extrema submissão do indivíduo em relação a coletividade. A liberdade dos modernos, por outro lado, tem por fundamento

exatamente o direito a privacidade e a indiferença em relação ao que se passa na esfera social e política; é a expressão de uma liberdade em si mesma, sem dependência em relação a outros valores como fraternidade ou igualdade (GUSMÃO, 2001) .

Constant não reduz a liberdade dos modernos à liberdade negativa; ele coloca sim que na modernidade há a possibilidade de participação na vida pública, pela via da democracia representativa – no ponto de vista do autor, única forma de governo adequada a sociedade moderna – mas que neste sistema, quando bem funciona, o indivíduo está desobrigado de envolvimento contínuo com a vida política. Quando fala de liberdade negativa, Constant acaba debatendo também de forma transversal sobre autonomia; quando uma comunidade confia a um pequeno grupo de indivíduos o que ela não quer ou não pode fazer, esta se assumindo postura autônoma na medida em que desta forma se exerce um ponto de vista político (GUSMÃO, 1997).

Desde Constant, até os mais recentes pensadores do liberalismo, os aspectos fundamentais para compreender liberalismo são economia e política. No que se refere a economia, o liberalismo está ligado a economia de mercado, no que tange ao político, o liberalismo, ao menos em sua versão mais comum, está ligado ao Estado mínimo, colocado de modo simples; é a concepção segundo a qual a intervenção do Estado na economia e nas individualidades deve a menor possível. Essa definição tem um fundo histórico importante, pois a formação do estado liberal é fruto de dois movimentos de emancipação. O primeiro, a emancipação do poder político da esfera de poder religioso, processo em que se formou o Estado Laico e o segundo movimento, que atou de modo complementar, a emancipação do poder econômico em relação ao campo da política. Com a desconcentração dos poderes ideológico e econômico se consolidaram, paulatinamente os direitos civis e a liberdade econômica (BOBBIO, 1997).

2.1. Democracia e Participação

A democracia direta, como a expressão indica, refere-se participação de todos os cidadãos em todas as tomadas de decisão pertinentes ao agrupamento ao qual tal cidadão pertence. Em sociedades complexas, esta é, entretanto, uma tarefa improvável e talvez impossível em termos práticos. Democracia representativa significa, de modo geral, que as decisões coletivas não são tomadas por toda a coletividade, mas sim por representantes da coletividade. É Bobbio quem diz que na expressão democracia representativa é preciso observar tanto o adjetivo quanto o substantivo; por certo, nem toda democracia é representativa, visto que há a possibilidade da democracia direta, mas é verdade também que nem todo Estado representativo é democrático por ser baseado em representatividade. Ainda assim, nem toda crítica à democracia representativa leva a democracia direta necessariamente (BOBBIO, 2000).

Na maioria das democracias ocidentais, o representante tem uma característica importante: não responde diretamente a seus eleitores, uma vez que foi eleito para representar toda a sociedade civil e não apenas interesses particulares de uma categoria. É por representar interesses gerais e pouco claros, embora não apenas por isso, quem acabam por constituir-se uma categoria social à parte. Na visão de Bobbio, a representação por categoria cabe, por exemplo, para o caso de sindicatos, que representam interesses de uma dada categoria de trabalhadores. Mas quando se fala de representação política, mesmo no caso de representantes de bairro, por simples que pareça, no qual o interesse em jogo já não é de uma categoria, mas de cidadãos que devem ser representados por cidadãos, a representação deixa de se basear em interesses corporativos, a representação da sociedade civil requer do representante uma visão

globalizante. Na prática essa tarefa é complicada, pois as formações políticas diferenciadas repercutem nas tomadas de posição dos representantes.

Neste sentido, a participação eleitoral tem uma função, pode se dizer, grosso modo, didática ou educativa, pois é por meios dessa prática que o cidadão tem a possibilidade de compreender a conexão que há entre seus interesses pessoais e os eventos da política institucional que ele por ventura imagina distantes de sua vida cotidiana. Segundo Bobbio, esse movimento faz com que o cidadão venha a se perceber membro de uma comunidade política. Ainda nesta perspectiva, a participação eleitoral aumenta as chances dos cidadãos preocuparem-se mais com os *inputs* do sistema eleitoral. Os *inputs* dizem respeito à articulação em torno da participação nas demandas e posicionamentos por parte dos cidadãos já os *outputs* podem ser descritos como os benefícios que os eleitos esperam do sistema eleitoral (BOBBIO, 1986).

Entretanto, um problema que há de se enfrentar é que determinados cidadãos não estão interessados nos outputs, tampouco nos inputs. Estamos tratando do que se conhece por apatia política. Bobbio ainda que não trate do problema sistematicamente, coloca que para que haja cidadãos ativos é preciso que a democracia seja mais que regras e procedimentos, ela precisa ser expressa em ideais, tais como a tolerância, a não-violência, e a renovação social, compreendida como o debate constante das ideias norteadoras da sociedade, e por fim, o ideal de fraternidade (BOBBIO, 1986). No que se refere à democracia direta, para que possa ser de fato considerada nestes termos, é preciso que não haja qualquer intermediário entre o deliberante e o deliberado. Qualquer tipo de delegado, ainda que instruído pela base que lhe sustente tem liberdade de deliberação. De todo modo, a representação por mandato é uma possibilidade intermediária entre as formas representativa e direta.

Para Bobbio, o mais importante é integrar as várias formas intermediárias entre a democracia direta e a representativa. Para ele, um governo integralmente democrático não pode tratar a forma direta e a representativa como meios excludentes de se operacionalizar a democracia política, elas podem e devem integrar-se “cada uma delas em conformidade com as diversas situações e as diversas exigências, e isto porque são perfeitamente compatíveis entre si posto que apropriadas a diversas situações e a diversas exigências” (BOBBIO, 1986, pág., 52).

As duas formas de democracia são necessárias, mas não são sozinhas, suficientes. No caso da democracia direta, as formas conhecidas são a assembleia de cidadãos e o referendo. Provavelmente um Estado moderno teria dificuldade de funcionar com qualquer destes formatos. A maioria das cidades de hoje são maiores do que foram as cidades-estados antigas, berço das experiências de democracia direta. Mesmo que se considere que estamos trabalhando com formas políticas bem mais simples; a partir do nível municipal e adotemos formas de subdivisão, como bairros ou zonas etc., um dos primeiros passos para a institucionalização e legitimação dos movimentos de bairro é justamente a escolha dos representantes locais. Já o referendo é uma forma de democracia direta perfeitamente aplicável nas democracias de sociedades complexas, mas de forma extraordinária para circunstâncias extraordinárias.

Bobbio tem uma posição bastante interessante sobre o fenômeno da democratização. Para ele houve uma democratização da sociedade, e isso não se explica pelas concepções de democracia representativa ou democracia direta em que se tenha passado de uma à outra, o que se esteja mais próximo desta ou daquela:

o processo de democratização, ou seja, de expansão do poder ascendente, esta se estendendo da esfera das relações políticas, das relações nas quais o indivíduo é considerado em seu papel de cidadão para a esfera das relações sociais, onde o indivíduo é considerado na variedade de seus status e de seus papéis específicos (BOBBIO, 1986, p. 54) .

Logo, o processo de democratização é menos a passagem da representação para as formas diretas de ação democrática, e mais a passagem da democracia política para a democracia social, numa aparente aproximação com o campo da sociedade civil.

A democratização do Estado, por meio de processos políticos, como a criação de parlamentos e a eleição por escolha livre etc., nem sempre é precedida, ou mesmo acompanhada, *pari passu* pela democratização da sociedade. A democratização no Brasil, por exemplo, não garantiu a substituição de práticas autoritárias por meios democráticos de relacionamento social em todos os campos da ação política, ou seja, persiste, no mais das vezes, na cultura política brasileira, a valorização de práticas clientelistas e patrimonialistas. A redemocratização do Brasil, logo, é um processo ainda em aberto, no mais das vezes fundando na prática de resistência de determinados grupos e atores sociais no sentido de confrontar as limitações postas pelo Estado e pelo mercado. A resistência oferecida pretende influenciar nessas duas esferas, de modo que o processo de democratização é uma arena de disputa no que se refere a cultura política que deve prevalecer nas instituições democráticas (AVRITZER, 1995).

Desta forma, o desenvolvimento da democracia não deve ser necessariamente interpretado pela via da afirmação de um novo tipo de democracia mais próxima de democracia direta, mas como a expansão das formas tradicionais para novos espaços antes dominados pela hierarquia e pela burocracia. A democratização da sociedade civil ainda é um processo que caminha a passos lentos, mesmo que a democracia política esteja consolidada. Logo, ainda que não se acredite na longevidade de arranjos democráticos, no sentido estritamente político, que não estejam fundados no conhecimento e controle da sociedade civil, seria possível haver Estado democrático em sociedades não democráticas. Bobbio (1986) coloca que ainda que seja possível haver processos democráticos em sociedades não democráticas, essa relação não se sustenta

por muito tempo, os caminhos possíveis são a democratização da sociedade civil, ou a deterioração completa do sistema democrático.

Avritzer também defende que é possível a existência de duas culturas políticas em disputa no interior do sistema político, já que determinados atores defendem, mesmo em instituições democráticas, práticas a margem desta institucionalidade. Desta forma, as práticas não são puramente autoritárias nem democráticas, visto que estamos ainda num processo de transição, quando nenhum dos dois elementos é hegemônico. Ainda segundo Avritzer:

A democratização consiste, portanto, na combinação entre a livre operação do sistema político e a compreensão do significado atribuído pelos atores políticos à democracia. Esse significado implicará diferentes concepções acerca da publicidade, da tolerância, da importância de estratégias de negociação e da importância da normatividade democrática (1995, p. 01).

A democracia direta, típica de determinadas cidades-estados antigas, que o tamanho dos Estados modernos tornou impraticável, dizia respeito, como vimos, à participação direta nas assembleias públicas que reuniam todos os cidadãos. Firmou-se entre os autores liberais clássicos, como Constant, Tocqueville e Stuart Mill, por exemplo, a ideia de que apenas seria compatível com o Estado liberal – compreendido como aquele que garante direitos tais como liberdade de pensamento, de prática religiosa, de imprensa, de associação etc. – a democracia representativa ou parlamentar. Historicamente, as democracias representativas têm seguido dois caminhos: por um lado, o alargamento do direito de voto a um número cada vez maior de cidadãos, no sentido de atingir o sufrágio universal, e, por outro lado, a multiplicação de órgãos representativos, estes órgãos, antes restritos ao centro de poder pretendem, em esferas cada vez mais próximas dos cidadãos, aproximar a política da população. Os dois movimentos aconteceram em determinados estados de forma concomitante, e seguiram desenvolvimentos os mais diversos. Nos dois casos, o processo de democratização

mesmo quando tem por fim a soberania popular, esta inserida, no mais das vezes, na estrutura do Estado (BOBBIO, 2000).

Pela via democrática, os votantes entre determinada população escolhem quem está autorizado a tomar as decisões e também, o que parece ser o mais fundamental, definem a forma como os representantes estão autorizados a exercer o seu papel. Idealmente seria necessário que todos concordassem em determinado ponto para que uma escolha fosse de fato democrática em sentido amplo, entretanto nas sociedades modernas o princípio da maioria tem prevalecido como o mais usual nas democracias (BOBBIO, 2000).

Essa característica, contudo, é pouco explicativa quando se pretende diferenciar a democracia de outras formas de governo, pois todo grupo, ainda que por omissão, toma decisões vinculatórias em termos da coletividade a que pertencem em qualquer sistema de governo. É imprescindível ainda, para uma definição mínima de democracia, a existência de alternativas reais para aqueles que iram decidir sobre os representantes e que os votantes possam de fato, e sem qualquer tipo de constrangimento, escolher entre as alternativas.

Tais observações nos levam necessariamente as noções de direitos de liberdade – direito de opinião, de expressão, de associação, de reunião etc. – bases do estado liberal e do estado de direito. Tais direitos, são, como coloca Bobbio, não propriamente as regras do jogo, são antes atribuições preliminares que permitem o próprio jogo democrático. No sistema político coerente com esta perspectiva, o Estado, além do exercício de poder, deve estar preparado para garantir o reconhecimento e a proteção dos direitos dos indivíduos. Os postulados liberais regulam, sobretudo, o limite entre o estado e a sociedade civil. Fica claro então que, no ponto de vista de Bobbio, a democracia e o estado liberal estão intrincados: “é pouco provável que um estado não

liberal possa assegurar um correto funcionamento da democracia, e de outra parte é pouco provável que um estado não democrático seja capaz de garantir as liberdades fundamentais.” (BOBBIO, 1986, p. 20).

De modo geral, quatro parecem ser os fundamentos da definição mínima de democracia política, a eleição como ferramenta de escolha de governantes por parte dos votantes; a regularidade das eleições, a liberdade de expressão e o acesso as informações sobre a ação dos governos e sobre política. Entretanto, o foco nas eleições e nos processos de escolha exclui algumas instituições importantes tanto para a democracia política quanto para a democracia social. O judiciário, e a polícia, por exemplo, podem, a depender de sua atuação, tornar o sistema democrático mera formalidade. Neste sentido, Dahl (2005), por meio da abordagem da poliarquia, coloca que para que haja possibilidade de contestação é preciso condições de participação social ampla, além da responsividade dos governos em relação aos cidadãos. Um primeiro passo neste sentido é assegurar os direitos individuais e a liberdade de organização e representação, por meio da qual se expressem pontos de vista concorrentes ao estabelecido. Assim os princípios de governança democrática, mesmo quando a igualdade e a capacidade de participação parecem garantidas, a transparência de ações e a legalidade são imprescindíveis aos sustentáculos básicos da democracia.

Neste sentido, as leis que garantam o fazer democrático e certamente a aplicação destas leis, fazem toda a diferença, para que o governo seja baseado em normas e não nas posições e disposições dos governantes. Não se deve considerar apenas quantos são os governantes num sistema político, afinal não é apenas por ter mais de um governante que um sistema político é mais ou menos democrático, nem quem são os governantes, mas principalmente qual é o modo de governar (BOBBIO, 1986) . As normas e valores sociais que legitimam a liberdade individual, no sentido de ideais e ideias que regulam a

vida associativa, são importantes para a construção do liberalismo, mas, ao que parece, a ética liberal tem papel menor na formulação de Bobbio. A democracia em Bobbio está assentada no seu significado jurídico-institucional, ou seja, as regras para que o sistema democrático funcione e que o poder político atinja de fato o maior número possível de cidadãos. Tal privilegiamento parece indicar uma relativa secundarização da importância da esfera ética e valorativa em nível primário do fazer democrático. O resultado acaba sendo o foco nos procedimentos em detrimento da substância democrática e suas bases sociais (BOBBIO, 1995). Na sua perspectiva, o liberalismo ético “é apenas uma condição dos outros dois – econômico e político – que pode muito bem aparecer como pressuposto neste contexto” (BOBBIO, 1986, p. 115). Para Bobbio, o problema central do estado liberal “enquanto doutrina econômica e política”, é “tornar possível a coexistência das liberdades, o que se traduz na formulação e aplicação de regras práticas de conduta, e em definitivo na proposta de um certo sistema econômico e de um certo sistema político.” (BOBBIO, 1986, p. 106).

Visto que o exercício democrático direto, ainda que em termos de modalidade e forma seja distinto, não é incompatível com o exercício indireto da democracia, por meio de representantes, vez que os dois princípios descendem do mesmo princípio de soberania popular (BOBBIO, 1995). De fato, a democracia representativa parte do princípio de que os representantes eleitos pelos cidadãos estão em condições de avaliar quais seriam os interesses da nação melhor que seus representados, pois estes estariam ocupados demais em seus interesses particulares. Neste sentido, o modelo representativo alcançaria o fim primeiro da democracia que é a soberania popular. Sendo, no contexto moderno, mais adequada que a democracia direta (BOBBIO, 1997) .

Muito já se debateu sobre a crise da democracia representativa, seja por conta da complexidade do mundo contemporâneo, com novas demandas advindas de novos

atores na arena política, seja por conta dos limites inerentes a este formato de democracia. Fato é que tem se apontado novas formas de participação; instrumentos de controle social como os conselhos, e as diversas formas de orçamento participativo são apenas algumas amostras. Evidentemente, não há perspectiva de substituição da democracia representativa pela direta, a complementariedade tem sido a tônica do debate em relação a participação social na democracia. Uma das justificativas inclusive dos mecanismos de participação direta diz respeito exatamente ao sentimento de não representação da população por parte de seus representantes. Ou seja, o primeiro problema da participação direta é a dificuldade de consenso, frente a tantas demandas individuais e mesmo individualistas (PINTO, 2004).

A combinação das modalidades é potencialmente importante, mas prescinde de determinados cuidados, a participação direta precisa ser autônoma o suficiente para manter-se independente da política institucional, mas também próxima o bastante para evitar uma divisão de tarefas rígida demais. Pinto acredita que o sucesso de determinadas experiências de participação direta dependem do arranjo político em que estão inseridos. Em Porto Alegre, por exemplo, a experiência do orçamento participativo na cidade tem importantes peculiaridades: o governo municipal estava sob o comando de um partido de esquerda interessado neste formato de participação. Tal forma de participação era interessante, pois permitia o alargamento da democracia, pano de fundo da postura ideológica deste partido. Mas também se fundamenta na dificuldade do partido em manter maioria nos espaços legislativos; o orçamento participativo legitimava as decisões e ainda tirava poder de manobra política dos adversários políticos. O programa tinha tamanho poder estratégico que suas diretrizes eram definidas por um órgão da prefeitura ligado diretamente ao gabinete do Prefeito (PINTO, 2004).

2.2. Sociedade civile democracia

No sentido corrente na Europa até o século XVIII, sociedade civil era sinônimo de sociedade política, de Estado. “quando Locke falava de ‘governo civil’ ou Kant de *Bürgerliche Gesellschaft* ou Rousseau de *Étatcivil*, todos eles se referiam simplesmente ao Estado, visto como algo que engloba – a semelhança da polis grega – todo o domínio do político. A sociedade civil era a arena do cidadão politicamente ativo” (KUMAR, 1996, p. 717) o conceito de sociedade civil nunca perdeu sua ligação com a cidadania, mas houve uma mudança importante a partir da segunda metade do século XVIII, que diz respeito à separação da sociedade civil do Estado. O pensamento social britânico foi fundamental para o início da transformação, mas foi com Hegel, particularmente na Filosofia do direito, que ela se consolidou (HEGEL apud KUMAR, 1996). Na obra, sociedade civil é a esfera interposta entre o estado e a família. A revitalização do conceito no século XX ficou por conta de Gramsci, que via a sociedade civil em instituições como escola, sindicatos, igrejas “é a parte do estado que se preocupa com a elaboração do consentimento(...) através das quais a classe dominante exerce sua hegemonia sobre a sociedade” (KUMAR, 1996, p. 718) no mesmo sentido, esses espaços são também lugares privilegiados de contestação cultural. “a cidadania parece depender, para o exercício, da participação ativa em instituições não-estatais com a base necessária para a participação em instituições políticas formais. Foi essa a posição de Tocqueville a respeito da democracia americana” (Idem, p. 719)

Em meados dos anos 1980, no bojo da crítica do autoritarismo soviético, o conceito de sociedade civil foi recuperado. Ainda que boa parte dos autores que retrabalharam o conceito tenham ficado conhecidos como pós-marxistas, a base

conceitual destes pioneiros foram Hegel, o próprio Marx em suas obras iniciais, e Gramsci (ARATO, 1995) . Os autores pioneiros são “Kolakowski, Mylnar, Vajda e Michnik, na Europa Oriental, de Habermas, Lefort e Bobbio, na Europa Ocidental, e de Weffort, Cardoso e O'Donnell, na América Latina” (Idem, p. 1) Para ARATO, o êxito da recuperação do conceito deve-se ao fato de ter sido capaz de oferecer uma compreensão intelectual dos movimentos que lutavam contra as ditaduras no Leste Europeu e na América Latina “essa estratégia baseava-se na organização autônoma da sociedade, na reconstrução de laços sociais fora do Estado autoritário e na concepção de uma esfera pública independente e separada de toda forma de comunicação oficial, estatal ou controlada pelos partidos.”(Ibidem, p. 1)

O conceito mais conhecido de Sociedade civil, o de Hegel, coloca que sociedade civil é uma esfera institucionalizada e legalmente distinta de outras esferas da vida social. Entretanto, para dar conta conceitualmente dos movimentos sociais que surgiram nos anos 1980, foi preciso um esforço de adaptação de conceitos, pois tais movimentos “distinguiam-se tanto das redes latentes de autonomia societária quanto das sociedades civis institucionalizadas que conhecemos no Ocidente.” (Ibidem, p. 3) A reconceitualização precisava dar conta das novas formas de relação e de solidariedade entre os movimentos e destes como o resto da sociedade. O aparato conceitual então, criado para dar conta desta diversidade, foi redimensionar o conceito de modo a subdividi-lo em três, correlacionados, a princípio estabeleceu-se uma distinção entre sociedade civil como movimento e sociedade civil como instituição, “a primeira seria uma sociedade civil constituinte, criadora da segunda, sua versão constituída e institucionalizada.”(ARATO, 1995, p. 1).

Outro aparato conceitual também importante, este recuperado da obra de Tocqueville, trata da distinção entre sociedade civil e sociedade política, vistos como

dois níveis distintos da vida associativa. A literatura que trata da transição democrática argumenta geralmente que o deslocamento da sociedade civil para a sociedade política, durante o processo de mudança de regime, produz desmobilização e atomização da esfera civil. Tal argumento é coerente com as colocações de BUSS(2000; 2003), sobre o esvaziamento político do movimento sanitário conforme exposto no capítulo anterior.

Do ponto de vista das elites políticas, é importante que ocorra de fato a desmobilização da sociedade civil ao longo dos processos de estabelecimento de pactos democrático. No entanto, os grupos da sociedade civil organizados em torno de objetivos específicos não são uma ameaça a construção do bem comum, as diferenças são ao contrário, um recurso a democracia, desde que as identidades não se construam de forma conflituosa em relação a outros grupos. Enquanto atividade dinâmica, a formação de identidades, dentro da democracia, pode inclusive levar a coalisões e consensos (Young. 2002). Segundo esta autora, sociedade civil é o espaço privilegiado de auto-organização de grupos que não são parte da política tradicional, é um espaço com grande potencial de inovação social e criação de serviços sociais. A autora defende que a sociedade civil não pode substituir o Estado, pois este tem funções importantes na democracia que lhe são peculiares. É a sociedade civil o lugar de surgimento da esfera pública, no qual se forma opinião política e se exercita os mecanismos de ação e de controle.

Ao analisar a sociedade civil, a autora propõe a identificação de *três* níveis associativos, que preferimos chamar de *formas* de vida associativa: associações privadas, cívicas ou políticas. Associações privadas são formadas por meio de redes de afinidade e identidade, são famílias, clubes associativos e organizações religiosas, por exemplo. As associações cívicas a princípio estão abertas a qualquer um que comungue do objetivo de servir a uma determinada causa, como por exemplo, o trabalho

voluntário. As associações políticas são as que influenciam o Estado, por meio da defesa de interesses especiais.

Cohen e Arato tem uma classificação distinta e mais difundida, para a sociedade civil, no qual partem do princípio de que as associações podem ser defensivas ou ofensivas. Ao que nos parece, no entanto não há incompatibilidade entre as classificações; a categorização realizada por Cohen e Arato referem-se mais as formas de ação, a organização proposta por Young, por seu turno, preocupasse principalmente com o tipo de formação dos grupos. Como observa Pinto (2004), a categoria defensiva abrange uma parte das organizações privadas e cívicas, e as ofensivas se identificam com as políticas, mas também podem ser identificadas com uma parte da prática das cívicas. Essa caracterização é importante para nosso debate das esferas associativas. Acreditamos que as redes sócio-institucionais do PSF, que analisamos neste trabalho, se formam nestas esferas associativas. Na parte metodológica do trabalho, a qual dedicamos o próximo capítulo, deixaremos mais claro nosso ponto de vista e retornaremos a este argumento.

O regime democrático não se faz no vazio, a sociedade, por meio de suas organizações ou por meio da ação individual, interage com o sistema político. Elementos da comunidade cívica⁵, como se tem colocado recentemente, pela literatura que deriva do estudo seminal de Putnam(1996) – ligado ao comportamento político dos indivíduos, sua maneira de se associar e sua confiança no sistema democrático e entre seus pares influem na estabilidade dos regimes. “o contexto social e a história condicionam profundamente o desempenho das instituições” (PUTNAM, 1996, p. 191) Os valores, crenças e atitudes de cada cidadão e de todos, quando em coletividade, importam para a cultura política de uma comunidade. A democracia é então a “livre

⁵ Para Putnam “na comunidade cívica as associações proliferam, as afiliações se sobrepõem e a participação se alastra por múltiplas esferas da vida comunitária. O contrato social que sustenta essa colaboração na comunidade cívica não é de cunho legal, e sim moral.” (1996, p. 192)

operação do sistema político com o sistema de normas, valores, crenças e tradições culturais que predominam no interior desse mesmo sistema político”. (AVRITZER, 1995, p. 1)

O ponto de vista teórico oposto a este, conhecido como teoria institucional, argumenta que a cultura política do cidadão não tem relação com o apoio ou a confiança política em relação às instituições democráticas, visto que tal confiança depende de avaliações de curto prazo em que se pesa a relação custo-benefício das instituições. Propondo um caminho intermediário, Moises (2008) argumenta, com base em Almond e Verba (1963) que estrutura e cultura se influenciam; valores e normas sociais afetam a confiança nas instituições e o funcionamento destas, por sua vez tem implicações na cultura política. A bagagem estrutural de cultura política de uma comunidade advém dos processos de socialização de longo prazo; importantes para a interação com as instituições democráticas, mas a prática social cotidiana relacional, de aceitação, ou, de contestação é bastante dinâmica e relativamente aberta. Logo as instituições são causa e consequência de certa cultura política. E a cultura política, por sua vez é, com o tempo, influenciada pelas ações institucionais.

2.3. Teoria da democracia na obra de John Dewey

Um argumento teórico que vem sendo revisitado e que tem profundas preocupações com o que hoje se conhece por cultura política para a democracia, está nos escritos de John Dewey. O filósofo norte-americano, assim como Bobbio, irá realçar a observação de normas do exercício democrático, mas sua discussão será principalmente sobre a ética do individualismo como fator fundante para o exercício democrático.

Para Honneth,(2001) a teoria democrática de Dewey pode ser uma alternativa aos modelos republicano e procedimentalista de democracia, que seriam, a princípio, os paradigmas prevaletentes em relação ao Estado democrático. A discussão deriva do ponto de vista de Habermas segundo o qual, liberalismo e republicanismo seriam os paradigmas principais da democracia e sua tese procedimentalista seria uma alternativa normativa aos modelos precedentes. O autor parte da premissa de que a generalização das normas é um processo comunicativo que acontece no mundo da vida, e daí pode redefinir as estruturas sociais pela integração social enquanto fundamento da democracia. Quando a democracia é meramente um aparato político –votar e ser votado e liberdade individuais, por exemplo – ela advém da esfera administrativa, quando ocorre, por outro lado, no mundo da vida apresenta-se a possibilidade de uma democracia normativa e fundada em valores sociais (HABERMAS, 1997).

Quando trata o procedimentalismo, Honneth está se referindo especificamente ao trabalho de Habermas, no caso do republicanismo, seu foco está na análise da obra de Hannah Arendt, principalmente o texto ‘On revolution’⁶. Apesar de nos dois pontos de vista haver uma importante crítica ao liberalismo no que se refere à limitação da atividade participatória dos cidadãos aos momentos de legitimação do exercício do poder, há algumas distinções importantes entre os paradigmas, a distinção mais clara, repousa nas maneiras distintas de tratar o princípio de esfera pública.

O republicanismo parte do princípio de que a negociação intersubjetiva é o fundamento da vida política, a esfera pública, é neste sentido, meio para a realização do autogoverno numa comunidade política.

o ambiente físico de reunião dos cidadãos é potencialmente um espaço público, mas só se transforma em esfera pública na medida em que seja constituído como um espaço definido e duradouro para a ação coletiva interativa organizada em torno dos negócios públicos. (...) não há

⁶ Publicado no Brasil sob o título ‘Sobre a revolução’, pela editora Relógio D'agua, em 2001.

diferenciação entre governantes e governados na esfera pública, espaço de muitos governantes; o convencimento mútuo, a persuasão, é o meio por excelência da ação política, gerador de um poder dialógico e plural, decorrente da reunião dos cidadãos (CARDOSO JR., 2007, p.49-50).

No procedimentalismo, menos preocupado com as virtudes cívicas, o foco está nos processos formalmente justificados; "o paradigma procedimentalista do direito procura proteger, antes de tudo, as condições do procedimento democrático" (HABERMAS, 2003, p.183). A esfera pública, seria assim, um procedimento social de resolubilidade de problemas políticos de maneira racional e legítima. "Habermas aponta a esfera pública enquanto ponto de encontro e local de disputa entre os princípios divergentes de organização da sociabilidade" (AVRITZER, 1994, p. 31). Outra diferença importante entre as perspectivas repousa na percepção da relação entre Estado e sociedade. No republicanismo assume-se que as políticas estatais são publicamente negociadas, já que os processos de consulta e negociação derivam de uma percepção solidária de cidadania. No procedimentalismo, por outro lado, as instituições estatais formam um subsistema independente e a esfera pública não tem poder político para tomar decisões universalmente válidas, a opinião pública toma forma pela troca argumentativa e define a tomada de decisões nas administrações estatais (HONNETH, 2001).

A teoria democrática de Dewey, apesar de estar na base de argumento das duas perspectivas constitui uma terceira opção. Dewey partia da premissa de que a base da democracia é a integração dos cidadãos numa comunidade auto-organizada, ponto caro ao republicanismo; mas, por outro lado, também acreditava que procedimentos racionais de resolução de problemas da esfera pública são necessários ao fazer democrático em geral, como colocaria o procedimentalismo. É mais uma vez Honneth (2001) que argumenta que cada uma das perspectivas observa apenas uma parte da obra de Dewey, e que é preciso, para uma melhor compreensão e para propor uma teoria deweyana da

democracia, trabalhar sobre a obra política de John Dewey, tais obras, com raras exceções foram feitas no período de 1927 até 1939 (DEWEY, 2008).

A síntese Deweyana parte da justificação dos princípios de democracia expandida em que os procedimentos reflexivos e a ideia de comunidade política conformam a ideia de deliberação democrática. Para Dewey, a democracia é uma forma reflexiva de cooperação comunitária em que se combinam a deliberação racional e a comunidade.

Ainda sobre a distinção entre procedimentalismo e republicanismo, o ponto que une as duas perspectivas diz respeito a crítica que se faz da interpretação negativa do conceito de liberdade individual em algumas versões da democracia liberal. A crítica parte do reconhecimento de que a liberdade do indivíduo depende das relações comunicativas que ele estabelece, fator que tem importante implicação na participação democrática e nas formas de participação política. A partir do momento que o cidadão só conquista autonomia em associação com outros a participação política de todos na arena democrática deixa de ser uma questão apenas formal, torna-se decisiva para a afirmação de sua liberdade pessoal.

Dewey compartilha da crítica da perspectiva individualista de sociedade, mas a liberdade comunicativa em seu ponto de vista não se assenta no discurso intersubjetivo, e sim na ideia de cooperação voluntária para responder aos problemas sociais. Já na obra “A ética da democracia”, publicada em 1888, o autor critica a tendência da filosofia em tratar a democracia apenas como uma forma organizacional de governo, em que o único ideal repouse no procedimento de escolha pela maioria. Para Dewey, reduzir a democracia à escolha da maioria é partir do pressuposto falso de que a sociedade é simplesmente uma massa de indivíduos desorganizados e isolados e que as opiniões e posicionamentos destes indivíduos são alcançados apenas pelo levantamento

numérico, supondo-se que entre eles não há qualquer relação. Para o autor, a associação entre os indivíduos é anterior a formação de qualquer unidade política. Segundo Honneth, o conceito de sociedade na fase inicial da obra intelectual de Dewey é bastante influenciado por Hegel, em que prevalece o suposto de um organismo social para o qual cada indivíduo contribui para reprodução social por meio da divisão do trabalho. O Estado é visto, dentro desta perspectiva, como a instituição que deve trabalhar pela cooperação social.

A especificidade da democracia está menos nos fins a que propõe do que nos meios pelos quais acontece. Ao comparar a democracia e a aristocracia, Dewey coloca que na aristocracia, as expectativas de virtudes comuns são impostas num processo vertical, na democracia parte-se da noção de confiança recíproca baseada na noção de individualismo democrático. Este individualismo fundado em pressupostos éticos de liberdade e de responsabilidade. O arranjo teórico de Dewey neste momento gira em torno do tripé ‘cooperação-liberdade-democracia’. O indivíduo deve sua liberdade a comunicação cooperativa em sociedade. “Liberdade para Dewey é principalmente a experiência positiva de auto-realização ilimitada” (HONETH, 2001, p. 74) por meio da qual o indivíduo aprende a utilizar os seus talentos para a cooperação social, se esse ideal é visto como um projeto social, uma comunidade está a caminho da democracia enquanto fundamento.

Ainda que a base hegeliana continue importante para Dewey, ele irá desenvolver uma teoria da ação baseada na noção de esfera pública. Dewey irá propor que os indivíduos não desenvolvem quaisquer habilidades aleatoriamente, mas sim aquelas que são aprovadas e estimuladas por seu grupo de referência. Com base nesta premissa, ele fundamenta uma noção de reconhecimento e de auto-realização, na medida em que a

partir do momento que o indivíduo busca realizar o que seu grupo espera e o faz, aumenta sua satisfação pessoal e a integração social.

Dewey irá argumentar que a democracia deve ser vista como condição para a busca de soluções racionais dos problemas sociais, na medida em que é por meio de procedimentos democráticos que se pode atingir a comunicação livre de dominação. A democracia é a forma política em que a esfera pública é o meio discurso de cooperação no sentido da solução de problemas e o Estado é a esfera de articulação de resolução de problemas. A ação social quando articulada no sentido das demandas públicas constitui o público “um público consiste do círculo de cidadãos que, em razão da preocupação conjuntamente experimentada, compartilham a convicção de que eles devem voltar para o resto da sociedade em busca do propósito de controlar administrativamente uma interação pertinente” (HONNETH, 2001, p. 81).

A democracia em Dewey está fundada numa perspectiva comunitária, logo, para ele faz mais sentido falar em democracia baseada em formas de associação pré-políticas. Mas, mesmo nas sociedades modernas é possível haver comunidades no sentido empregado pelo autor, desde que haja associações pré-políticas onde se forme o público democrático. Entende ainda por associações pré-políticas aquelas que se formam nas relações de vizinhança e no cotidiano dos espaços sociais comuns. Neste sentido, para Dewey, a sociedade precisa tomar características comunitárias antes de os procedimentos democráticos terem função de resolução cooperativa de problemas. A ideia normativa de democracia em Dewey não é propriamente um ideal político, é mais que isso, tem fundamento no ideal social de democracia, que tem apoio numa ideia de vida ética com fundamento moral, de virtudes políticas, mas, sobretudo depende da cooperação social.

Ainda que em termos analíticos possamos separá-las, as ideias de democracia como sistema de governo e como princípio social, estão conectadas já que as ideias políticas que movem os sistemas políticos seriam estéreis não fossem as relações humanas. A ideia social de democracia deve estar presente em todas as associações humanas para chegar a influenciar o Estado. As instituições estatais e todas as organizações políticas devem ser instrumentos para garantir que a ideia de democracia se efetive institucionalmente.

Se a democracia social de fato não atinge o que a ideia de democracia preconiza, se a democracia ainda é pouco mais que um sistema político, a única saída possível é promover mais participação democrática a partir de mais acesso ao sistema político para os cidadãos para que compartilhem da escolha de governantes, para que se sintam participes da vida política de sua comunidade. É a participação que estimula a criação de outros mecanismos de democratização no nível microssocial (DEWEY, 1997).

Para Dewey qualquer mudança nos mecanismos democráticos depende do quanto uma sociedade se reconhece enquanto comunidade política, ou seja, o problema da democracia está em como um público disperso possa se reconhecer e expressar seus interesses. As condições para tal mudança dependem dos indivíduos, por um lado, na medida em que as atividades associativas em condições comunitárias dependem da capacidade de ação de acordo com as normas democráticas socialmente partilhadas. Mas, por outro lado, dependem também dos grupos que precisam refletir os interesses comuns, e ainda de condições sociais que facilitem a interação constante e flexível entre grupos, o que permite a partilha de valores por meio da comunicação intersubjetiva. (DEWEY, 1997) “a plenitude da personalidade integrada é, portanto, possível de ser alcançada, uma vez que as ações e reações de diferentes grupos se reforcem mutuamente e seus valores se adaptem” (DEWEY, 1997, p. 148).

2.3.1. Democracia e comunidade

Dewey era radical no posicionamento favorável em relação a democracia, para ele o modo de vida democrático não é uma alternativa frente outros princípios de vida associativa, ela seria a própria ideia de comunidade em termos ideais. Esse ideal, o próprio autor reconhece, nunca foi e nem deve ser alcançado. Este problema é parte da tensão entre fato e valor democrático, entre as normas democráticas, ou o que se espera que a democracia seja e o que ela é de fato. A distinção tem função analítica, mas o fundamental é que, partindo do princípio de que “os fatos que revelam propriedades democráticas num certo grau são, em última instância, fatos modelados por ideais. (SARTORI, 1994, p. 06) se enfrente a questão central que diz respeito a saber “em que medida e de que maneira os ideais são realizáveis”. (idem, p. 06)

Associar-se, para Dewey, é uma condição natural do ser humano; e ainda que seja uma condição da criação de comunidades, é antese de tudo uma necessidade humana, já a comunidade tem um fundamento moral e valorativo. O que implica dizer que nem toda associação tem caráter comunitário.

Onde quer que haja atividade conjunta cujas consequências sejam percebidas como boas por todas as pessoas que participam dela, e quando a percepção do bem for tamanha a ponto de promover um desejo e esforço enérgico para mantê-lo, justamente porque ele é um bem compartilhado por todos, há, em certa medida, uma comunidade. A consciência clara de uma vida comunitária, em todas as suas implicações, constitui a ideia de democracia (DEWEY, 1997, p. 149).

O ‘nós’, típico da comunidade, aparece apenas quando as consequências de ações combinadas são observáveis para todos os membros e tais ações são parte do desejo e do esforço coletivo. As interações sociais acontecem quase naturalmente, mas a participação em atividades comuns e o compartilhamento de resultados dependem de interdependência que exige a comunicação como pré-requisito. Dewey vê na educação o caminho para a construção do cidadão de perfil democrático, pois nascemos seres

inclinados à associação, mas é por meio da educação de se transfere os valores, e perspectivas que caracterizam uma comunidade (DEWEY, 1997).

Democracia, na perspectiva de Dewey, tem mais relação com os meios sociais de funcionamento de uma sociedade, do que com os benefícios finais de um sistema político, o que não implica dizer que qualquer outro sistema político possa ser compatível com uma sociedade democrática: “o princípio fundamental da democracia é que os fins de liberdade e individualidade para todos apenas podem ser obtidos por meios que estejam de acordo com os objetivos democráticos” (DEWEY, 1998, p. 387).

Para Dewey, o fundamento da democracia não repousa na regra da maioria nem nos processos de contagem de voto, ou ainda, no exercício político em si, mas sim em como a maioria é formada e quais são os valores que sustentam essa maioria fazendo mover toda a vida associativa. Democracia é essencialmente uma forma ética de vida (BERNSTEIN, 2010).

A soberania democrática não se alcança por meio de agregado numérico. Dewey argumenta que numa democracia, todo e cada indivíduo é um cidadão soberano. Nestes termos, a democracia não consiste na separação entre governantes e governados, em que de um lado há a sociedade (civil) e de outro o Estado, pois o estado não se compõe daquelas que ocupam os cargos do governo, ele é composta de todos os membros da sociedade política. E, neste sentido, antes de ser uma forma de governo, a democracia é uma forma de associação moral e espiritual (BERNSTEIN, 2010).

A democracia requer a formação de uma esfera pública no sentido de uma comunidade onde os cidadãos possam agir e deliberar coletivamente. E ao menos que essa forma comunitária de vida social possa haver, o Público Democrático não pode ser uma entidade política. As comunidades democráticas conforme descritas por Dewey,

baseiam-se no incentivo da iniciativa individual, na proteção de direitos, na responsabilidade pessoal e na participação ativa dos cidadãos.

O comunitarismo que Dewey defende nada tem de simplista, sua comunidade política de base democrática está assentada em bases tangíveis e facilmente definíveis em termos de relações sociais e experiências partilhadas, mas é a partir do que o autor concebe como espaço comunitário primário, que a democracia pode se expandir para outros espaços políticos. O fundamental, entretanto, é que esta esfera pré-política, ou primária, constitua o alicerce das experiências democráticas ancorada numa forma de vida associativa local e sensível (CHANIAL, 2004).

A democracia ainda que nasça em relações intimistas e identificadas com a noção mais ampla de comunidade, enquanto experiência face a face de reconhecimento, a democracia, claro, não se limita a este aspecto. Em seu aspecto político-institucional, a democracia tem regras e procedimentos. A pergunta que Chanial propõe é: como essas esferas de articulam? De que maneira a democracia primária e a secundária podem se comunicar? Dito de outra forma, quais são as mediações que permitem que a experiência política comum e cotidiana experimentada na cultura primária democrática possa repercutir em instituições capazes de gerar instituições e normas ao mesmo tempo gerais e democráticas? E ainda, qual o papel do público democrático, para usar uma expressão típica do arcabouço de Dewey, neste processo de mediação?

Parte das respostas de Dewey a esses problemas aparecem em *O Público e seus problemas*, nesta obra, o autor desenvolve a ideia de que na comunidade o indivíduo cria e recria, conforme estabelece relação com seus pares, a cultura democrática, lugar onde se aprende a unir desejo individual e valores de grupo.

2.3.2. Público, Estado e Democracia

A distinção entre público e privado se refere ao escopo da ação e é fundamental para a noção de Estado e de Público democrático. Dewey toma o cuidado de observar que a distinção entre público e privado não tem paralelo com a distinção indivíduo e sociedade, visto que muitas ações privadas são sociais na medida em que têm consequências sociais, pois afetam a coletividade. Em sentido *lato*, toda ação social realizada entre duas ou mais pessoas é uma forma de associação, sendo social a partir do momento em que pode influenciar outras ações. Quando consequências de uma ação se restringem as pessoas diretamente envolvidas na dita ação, essa interação é privada, mas quando os resultados da interação têm consequências ainda que indiretas sobre outros, elas precisam ser objeto de regulamentação das consequências, pois tem implicações sociais.

A ação estatal – caso em que o público se organiza pela ação dos representantes de um governo – no sentido da regulamentação da ação social, emerge justamente no momento da passagem de uma interação privada para a pública. Em termos de grupos, ação pública torna-se ação estatal quando as consequências de ações de grupos primários atingem outros grupos. O Estado em Dewey é “uma forma secundária de associação com a qual públicos conectados tentam resolver racionalmente problemas imprevistos de coordenação de ação social” (HONNETH, 2001. p. 82). Ainda que, de modo geral, o Estado seja uma organização do Público realizada por meio de agentes públicos para a proteção de interesses dos membros de uma comunidade, como atuam os agentes, qual a forma que o Público pode assumir é uma questão histórica e sociológica de pesquisa. O que mais interessa nesta definição de Estado é a percepção de que condições distintas têm consequências também diversas em termos da ação do

Estado e do público. Para Dewey, uma definição do Estado deve ser procurada na sua função e não em essencialidades supostamente de natureza estrutural. Assim as especificidades de cada formação de Estado precisam ser reconhecidas quando em análise. Além disso, os meios pelos quais um público pode induzir o governo a servir seus interesses variam, neste sentido, não se pode dizer que um Estado é melhor que outro, apenas que se adequa melhor as necessidades de sua comunidade.

Para Dewey a experiência nos grupos primários, nos quais imperam valores familiares e comunitários fundados na noção de vizinhança, ainda que tenham aparentemente alcance restrito são na verdade a maneira de desenvolvimento do que o autor chama de ‘grande comunidade’. A grande comunidade pressupõe a cultura democrática das pequenas comunidades; a solução de continuidade apresentada por Dewey, entre as esferas implica uma conexão sustentada pelo *Público democrático*, que supõe:

Relações locais, sensíveis, de face a face, onde os membros do público dialogam diretamente entre eles para examinar, a partir de suas situações concretas certas ações comuns, e para criar organizações políticas para pôr em prática tais ações (CHANIAL, 2009, p. 15).

Os públicos democráticos se valem dessa experiência, mas ao mesmo tempo transformam e emprestam novo sentido político a esfera comunitária primária já que o público é a base de formação para as instituições democráticas; fonte do Estado e das instituições governamentais. Desta forma, numa sociedade democrática de fato, não há distinção entre governados e governantes. O Estado deve, segundo este ponto de vista, ser uma organização formada a partir do público e uma continuidade da comunidade.

O público designa

Todos aqueles que são afetados pelas consequências indiretas de tais transações [que ocorrem nos grupos primários] e que têm um interesse comum no controle dessa situação. E quando este público inicialmente informal se organiza a fim de proteger e pôr em prática essa regulação, ele cria mandatários, representantes (o “governo”), mas também recursos

materiais (o “bem comum”), ele forma um Estado (CHANIAL, 2009, pág. 16).

Partindo deste argumento, para Dewey (1997) não há Estado democrático sem Público democrático. O Público representa as atividades públicas de ação sobre as atividades sociais, sendo o intermediário entre as comunidades tomadas como grupos primários ligados às atividades políticas cotidianas, e as instituições estatais, os grupos secundários, responsáveis pela regulação social. As instituições formadas pelo Estado são os meios pelos quais os públicos democráticos praticam a resolução racional de problemas sociais. Tais instituições são a garantia de autonomia do público, uma vez que asseguram as condições de discussão de modo livre e igualitário dos interesses dos indivíduos e dos grupos (DEWEY, 1997).

Entretanto, o público democrático não se confunde com o governo; ele pode interferir nas políticas à medida que propõe agendas de intervenção pública, objeto das ações de governos; mas também os mecanismos institucionais de governo num estado democrático são necessariamente fruto das exigências do público. “Nesse sentido, não é ilegítimo sugerir que o público encarna o poder constituinte” (CHANIAL, 2009, p. 17). Neste sentido, como já observado, a teoria democrática em Dewey trabalha com uma noção de Estado pensado “enquanto expansão das associações que constituem os públicos democráticos” (FREITAS, 2007, p. 10) A constituição do Estado, portanto, é uma tarefa prática e contínua, e ainda, necessariamente experimental e coletiva, por meio da qual a sociedade busca identificar as demandas públicas e suas possíveis soluções.

O Estado apenas poderá garantir que seus processos institucionais de cooperação sejam operativos à medida que a própria sociedade seja cooperativa em suas práticas cotidianas de interação entre os indivíduos, para tanto os indivíduos precisam estar integrados e conscientes dos elementos normativos de sua comunidade. É esta

experiência pré-política de realização de objetivos comuns e de consequências de ações coletivas que capacita os indivíduos a manifestarem suas posições e interesses em termos de posições e disposições públicas. O que vem a ser reconhecido como bem comum é resultado de cooperação voluntária das relações face a face. (CHANIAL, 2009) A constituição do bem comum pressupõe a participação direta e a comunicação via pertencimento comunitário, uma vez que estes aspectos permitem a troca de significados e símbolos. Sem esse tipo de experiência, os públicos democráticos não teriam base de constituição, o que implicaria diretamente na falta de instituições políticas democráticas no âmbito do governo. Neste sentido, a democracia antes de ser um ideal político é antes de qualquer coisa um ideal social, que para se concretizar precisa estar enraizado em práticas da esfera primária, de relações sociais notadamente comunitárias que pressupõe uma ética comunitária democrática.

A ética democrática, no ponto de vista de Dewey, pressupõe que cada cidadão seja capaz de se por no lugar do outro e pensar a partir deste ponto de vista. Em não havendo essa possibilidade, nenhum empreendimento coletivo poderia ser feito. Desta tarefa comunitária de reconhecimento do ponto de vista do outro depende as experiências vivas de cooperação e até da comunicação em bases comunitárias. Logo a vitalidade democrática repousa não no que se conhece como comunidades política, mas nas comunidades pré-políticas (DEWEY, 2009).

2.4. Rede de governança pública

Exatamente porque as esferas de governo não podem garantir por si só os processos democráticos que a discussão de Dewey se reveste de particular importância para nosso problema de pesquisa, pois, acreditamos que a organização em torno de

grupos, associações locais e todo tipo de organização social tem, ao menos potencialmente, caráter de democratização enquanto experiências pré-políticas de cooperação social. A democratização, as motivações de mudanças e mesmo as continuidades dependem da forma como os grupos se articulam na prática e em torno das agendas de políticas públicas, como nos parece ser o caso das ações do PSF.

Como foi apresentado, ao público democrático cabe o papel dinâmico para uma possível transferência das características da democracia primária à secundária; é por meio do público que se constitui o sentido de comum, de comunidade típica de grupos coesos. É este movimento que permite a “conversão da democracia primária, infrapolítica, em uma democracia secundária. Se o público é o meio, o catalisador dos engajamentos públicos, sua instituição repousa então sobre a mobilização de nossos engajamentos ordinários.” (CHANIAL, 2009, p. 20). Logo, a tarefa de democratizar cada vez mais a sociedade brasileira passa pela ampliação da capacidade de participação, no sentido de envolvimento de fato, e de interferência nas ações públicas por cada vez maiores setores da sociedade. Esta participação, acreditamos, deve acontecer com base em uma forma de organização particular. Debateremos tal proposta organizacional como um aspecto da governança de redes. O debate não exaustivo pretende trazer à tona o tema das redes que será apresentado também como ferramenta metodológica no capítulo seguinte.

Enquanto modelo organizacional, a rede é vista como um novo modelo de governança, baseada na intermediação de interesses coletivos. A premissa fundamental é que o formato interorganizacional e organizacional tem implicações sobre a consecução dos objetivos das organizações, assim, quando os interesses são coletivos, a governança não deve ser hierárquica e sim compartilhada. Particularmente na corrente da administração que trata redes como uma nova forma de governança, “as redes de

políticas são uma forma particular de governança dos sistemas políticos modernos, tomando por base os processos através dos quais as políticas públicas se estruturam." (FLEURY, OUVENERY, 2007).

Mandell (1990) define algumas variáveis para analisar as características de cada tipo de rede, são elas:

- (1) Compatibilidade dos membros;
- (2) Ambiente de mobilização de recursos;
- (3) Ambiente social e político;
- (4) Interdependência entre atores;
- (5) Fluxo de atores;
- (6) Cooperação, competição, solidariedade e conflito;
- (7) Racionalidade: instrumental ou comunicativa.

Paradigmas anteriores, como o da Nova Gestão Pública e a Economia dos Custos de Transação⁷, não trabalharam bem o suficiente os problemas relacionados ao poder nas relações sociais (LOPES; BALDI 2009).

Não mais ofereciam explicações convincentes diante de novos padrões de organização marcados pela crescente fragmentação e interdependência dos formatos organizacionais e inter-relacionais, o conceito de redes se apresentava como a abordagem mais promissora, justamente por fornecer as bases teóricas mais apropriadas à descrição e análise desses novos elementos (FLEURY, OUVENERY, 2007, p. 40) .

Fleury e Ouverney (2007) identificam duas tendências de formação conceitual em relação às redes: uma generalizante, e outra específica.

A primeira tem apenas uma noção implícita de rede que geralmente é tomada com perfeitamente simétrica e relacional, ignorando o fato de que os padrões de

⁷New Public Management e Transaction Cost Economics, respectivamente.

comportamento individual são diversos e que eles influenciam na configuração das redes. Por outro lado, as formulações específicas tratam as redes como fenômenos sociais, resultantes da interação dinâmica dos atores e da estrutura. A rede, neste sentido, é concreta e conta com relativa deliberação dos atores.

Entre a forma específica de tratar, Borzel (1997) identifica duas tendências, a distinção entre elas diz respeito aos métodos e tem implicações nos resultados da análise. Segundo observação de Borzel, as abordagens quantitativas utilizam métodos de análise estruturais, e tratariam preferencialmente das questões meso-estruturais, enquanto as qualitativas abordariam os processos focalizando as interações dentro das estruturas. Em nossa pesquisa propomos uma abordagem complementar, trabalhando os dois métodos de análise, uma vez que trabalhamos com entrevistas qualitativas e com questionários, pretendemos dar conta tanto da estrutura das relações quanto das interações presentes nela.

A organização em rede permite obter resultados que na forma de gestão burocrática seriam inalcançáveis, grande parte destes potenciais resultados decorrem da maior capacidade de circulação de recursos na estrutura em rede. Dessa característica específica decorrem várias implicações como o (1) aumento da capacidade de aprendizagem e o incremento na legitimidade, permitido pela redução das incertezas, e pela ausência de pontos hierárquicos monopolizadores de recursos. (PODOLNY e PAGE, 1998) (2) Acessibilidade a diversos tipos de atores, aumentando potencialmente a eficácia da política por meio da diversificação de recursos (AGRANOFF e MCGUIRE, 2001). (3) Uma vantagem correlata é a capacidade de trabalhar soluções inovadoras vindas dos mais diversos pontos da rede permitindo abordagens de farto coletivas atuando sobre os problemas enfrentados pelas políticas (KEAST et al., 2004) .

O principal elemento no modelo de rede destacado por FREURY e OUVENEY (2007), é a interdependência minimamente institucionalizada entre os atores da rede. Esta característica seria uma pré-condição para potencializar, explorar e combinar as múltiplas capacidades dos atores em relação. A institucionalização reduziria as incertezas e facilitaria o planejamento estratégico – em termos de plano de ação do ciclo da política. A base de funcionamento de uma rede desse tipo é a regulação e não a confiança entre os atores. Logo, o processo de coordenação implicaria uma tarefa política de intermediação de interesses e a construção e manutenção dos objetivos comuns num ambiente pobre de coesão.

Em redes de governança pública, por outro lado, fatores como confiança, capacidade de gestão e questões ligadas ao poder das lideranças podem ser fatores de coesão. Esses fatores de coesão indicam que o contexto social importa. Por exemplo, uma rede com fluxo de recursos transparentes e com estratégias comuns bem definidas geralmente repousa num tecido social onde a confiança tem papel importante. Neste sentido, o que Granovetter chama de “embeddedness” – referindo-se ao fato de que as ações econômicas e seus resultados são afetados pelas diádes e pela estrutura de relações dos atores sociais estão imersos – tem influência nos resultados das ações, não apenas porque limita os recursos, mas também porque a rede tem relação com os valores que o ator social compartilha (GRANOVETTER, 1988).

Os estudos sobre gestão intergovernamental foram os pioneiros na investigação dos problemas de gerência envolvendo arranjos interorganizacionais em administração pública. O argumento subjacente a estes trabalhos era que os problemas das políticas públicas poderiam ser mais bem trabalhados pela coalizão de esferas governamentais, superando entraves legais que estabeleciam a autonomia e quase absoluta separação das partes componentes do Estado. Esses estudos tiveram duas implicações diretas: a

evidenciação dos aspectos gerenciais em detrimento dos formais, indicando a importância do trabalho integrado entre esferas e a percepção de que havia atores externos a burocracia com papel relevante no processo (BORZEL, 1997).

A partir dos anos 1990, estudos de administração pública nos EUA, que trabalhavam com modelos de redes sociais, voltaram-se para a questão da eficiência de provisão de serviços, principalmente na área da saúde. Buscava-se relacionar aspectos estruturais da rede como integração e centralidade, além de controle externo, com os resultados das políticas (CASEY, 1997). Trabalhos que identificavam a importância dos contextos sociais em que as políticas públicas agiam para o desenvolvimento e o sucesso da política, começaram a surgir também em meados dos anos 90 na Europa. (PROVAN E MILWARD, 2001). A principal diferença destes trabalhos em relação ao nosso é que nestes trabalhos o foco dos pesquisadores recaia nas organizações e nos pretendemos estender nossa análise ao público alvo da política pública.

Com base em Marsh et all (1998), pretendemos colocar em suspenso algumas questões observadas nos estudos sobre as redes de políticas públicas, algumas delas dizem respeito à própria capacidade explicativa do conceito de rede de governança nas políticas:

- (1) O conceito de redes é uma ferramenta útil para a compreensão do desenvolvimento de políticas públicas?
- (2) As ações de uma rede de políticas afetam os resultados da política?
- (3) Qual a importância, dentro das redes, das relações interpessoais?
- (4) Podem certos grupos dominar as redes?
- (5) Que métodos são apropriados para estudar as redes?
- (6) Que evidências existem de que as redes são uma nova forma de governança?

Como uma definição provisória, que agregue tanto a perspectiva da ciência política quanto da administração e da sociologia, temos: governança em rede inclui uma seleção de atores sociais autônomos, estruturadas de modo durável, engajados em criar produtos ou serviços baseados em contratos implícitos para adaptar as contingências ambientais e coordenar e salvaguardar as trocas, seus contratos são implícitos e não legalmente construídos (PROVAN, KENIS, 2007) (JONES, HESTERLY, BORGATTI, 1997).

O termo ‘seleção’ é usado para indicar que geralmente a rede não inclui todos os elementos de uma categoria, e porque a troca é frequente entre os membros. ‘Durável’ refere-se ao fato de que os membros trabalham repetidamente entre si. Em termos de análise, acreditamos que o trabalhar juntos muito tempo é uma consequência das trocas que são facilitadas pela estrutura em rede. Neste tipo de rede as trocas não são fixas, nem há uma divisão de trabalho necessariamente uniforme entre as partes. A expressão ‘organizações autônomas’ é usada para evidenciar o potencial de cada membro da rede de ser legalmente independente. A expressão ‘de contrato implícito’ se refere ao sentido de adaptação, coordenação e salvaguarda que não são advindos de contratos legais.

Efetivamente será preciso conhecer o funcionamento de uma rede de governança para verificar se e como ela se enquadra nos modelos apresentados. Logo, esta última definição de governança nos servirá como ponto inicial de comparação das práticas de governança pública e comunitária nas cidades de Recife e Porto Alegre. No próximo capítulo trataremos da construção de nosso aparato metodológico de análise para dar conta de nossas perguntas de pesquisa enunciadas ainda na introdução do trabalho.

Distinguir a rede enquanto ferramenta de análise da rede como estrutura de governança é importante porquanto a análise pode nos ajudar a compreender como

funciona na prática a estrutura de governança em rede, isto porque, esta, por si só não é capaz de gerar bons resultados para os parceiros em rede. Os resultados dependem dos indivíduos, das organizações em que eles estão inseridos, de suas capacidades de cooperar, do volume de recursos que eles dispõem, e de suas posições relativas; mas também depende da forma como a rede está estruturada, por exemplo, em sua coesão, dos recursos disponível na rede e da densidade de contatos. A análise de redes pode, além de observar a funcionalidade da estrutura, trabalhar sobre as implicações políticas da conformação organizacional permitindo observar ganho de eficiência, melhoria de estratégia de difusão de conhecimento e informação e ainda o impacto nas comunidades atendidas para o caso de nosso estudo das esferas de sociabilidade. Por meio da rede como ferramenta de análise, é possível observar os processos de formação de rede, o desenvolvimento e antever possíveis desdobramentos da estruturação. Trabalhar a Análise de Redes Sociais como ferramenta de trabalho, adaptada a nossos objetivos é o tema central de nosso próximo capítulo.

CAPÍTULO 3- REDES E ESFERAS DE SOCIABILIDADE

O desenho da rede de participação comunitária realmente é importante para a realização dos objetivos das políticas públicas em termos de participação social e de democratização social no sentido da formação de um público democrático, capaz de influir na execução de políticas públicas? Como é possível analisar essas redes de modo a inferir respostas, mesmo que provisórias parciais e locais, sobre a maneira como os arranjos em rede influenciam os objetivos de políticas? Neste capítulo debateremos estes problemas a partir da discussão das possibilidades metodológicas de análise das esferas de sociabilidades, particularmente trataremos da Análise de Redes Sociais.

3.1. Redes Sociais e Esferas de sociabilidade

3.1.1. Análise de Redes Sociais

Há várias perguntas a se fazer sobre as redes e suas consequências sobre os atores sociais. Uma pergunta inicial e importante diz respeito à forma como as relações influenciam o comportamento dos atores sociais. De forma complementar, de onde partem as normas e regulações que interferem na participação em grupos? Quando se parte da perspectiva das redes, se percebe que as comunidades, organizações e toda forma de associação podem ser entendidas e analisadas como estruturas reticulares (BURT, 2000).

Objetivando descrever e analisar a forma como os cidadãos e os executores da política pública do PSF se relacionam nas comunidades atendidas por esta política pública de saúde, e de forma mais objetiva, buscando compreender como tal política é executada nas cidades de Porto Alegre e de Recife, construímos um referencial

metodológico baseado na metodologia de redes para a análise dos dados levantados por meio dos questionários aplicados aos Agentes Comunitários de Saúde e dos questionários aplicados a usuários do PSF nas comunidades atendidas.⁸ Antes de partirmos para a descrição das ferramentas de análise faremos um breve retrospecto deste campo de análise, focando nos desenvolvimentos na Antropologia e na Sociologia.

Vários autores utilizaram a expressão rede como metáfora para descrever a forma como os indivíduos estão interconectados. O trabalho de Barnes, “*Class and committees in a Norwegian Island Parish*” é geralmente tido como pioneiro neste campo. O próprio Barnes comentando em 1987, este seu trabalho realizado em 1954, observou que inicialmente, ao chegar à Noruega, ele imaginava que iria empreender um estudo sobre comunidades, mas logo percebeu que a estrutura social local estava distante do que ele tinha como paradigma de comunidade⁹. Havia sim na sociedade organizações formais, entretanto, parecia ser mais importante para os atores sociais as relações pessoais que muitas vezes escapavam aos limites das organizações. A esta configuração particular que ligava os atores, perpassava e escapava as instituições sociais, Barnes chamou de rede. Para o autor, o mais importante nestas relações é que elas não eram determinadas política ou economicamente, seu traço característico era a esfera de relações interpessoais de fundo informal (BARNES, 1987).

Também na década de 1950, Radcliffe-Brown cunha a expressão ‘rede social total’ para caracterizar a estrutura social enquanto uma rede de relações. “um sistema de parentesco é, portanto, uma rede de relações sociais que constituem parte de uma rede total de relações sociais que é a estrutura social” (RADCLIFFE-BROWN, 1950, p. 13)

⁸ Cabe mais uma vez lembrar que este trabalho se vale dos dados levantados pelo NUCEM/PPGS, durante a pesquisa ‘Saúde, Redes e Determinantes Sociais’.

⁹Barnes tinha por paradigma de comunidade o que havia sido proposto por Tönnies, no trabalho *Comunidade e Sociedade*. Tönnies, Ferdinand. [1887] 1955. *Community and Association (Gemeinschaft und gesellschaft)*. London: Routledge and Kegan Paul.

Falando especificamente sobre os Nuer, Radcliffe-Brown coloca que é o desenho do sistema de linhagem dos diversos relacionamentos de parentesco e afinidade que compõem a rede de vínculos sociais na comunidade que permite o seu caráter unitário. A abordagem do autor é metafórica, e remete a interconexões sem, entretanto, preocupar-se com as prováveis especificidades dos arranjos em rede.

Simmel é geralmente identificado como um precursor da percepção da importância da interação para a análise social, para ele,

A sociedade existe onde um número de indivíduos entra em interação, (...) a importância dessas interações entre os homens está no fato de que é por causa delas que os indivíduos, nos quais estas condições de impulsos e propósitos aparecem, formam uma unidade, isto é, uma sociedade (SIMMEL, 1971, p. 23).

Outro autor importante que trabalha com conceitos que se aproximam ao de rede é Elias,

Cada pessoa que passa por outra, como estranhos aparentemente desvinculados na rua, está ligada a outras por laços invisíveis, sejam estes laços de trabalho e propriedade, sejam de instintos e afetos. Os tipos mais díspares de funções tornaram-na dependentes de outrem e tornaram outros dependentes dela. Ela vive, e viveu numa rede de dependências (ELIAS, 1994, p.22).

O autor alemão usa a metáfora da rede para explicitar sua concepção relacional de sociedade que está presente no elemento central de sua obra: o conceito de figuração. Elias propõe uma investigação sistemática baseada nas funções dadas socialmente, embora individualmente negociada, por meio das figurações sociais.

Na análise das figurações, os indivíduos singulares são apresentados da maneira como podem ser observados: como sistemas próprios, abertos, orientados para a reciprocidade, ligados por interdependências dos mais diversos tipos e que formam entre si figurações específicas, em virtude de suas interdependências (ELIAS, 2001, p. 51).

Outros trabalhos considerados clássicos poderiam ser citados aqui, mas como nosso foco está nas ferramentas de análise que apoiam as análises de redes, iremos destacar brevemente o primeiro trabalho que utiliza instrumentos específicos para

explicar os fenômenos em rede, no campo da antropologia social, falamos do trabalho de Elizabeth Bott.

Os dados que a autora trabalhou foram levantados inicialmente por meio de observação e posteriormente por meio de entrevistas semiestruturadas. Na análise, Bott irá argumentar que o formato das redes egocentradas influencia a dinâmica de funcionamento de seu objeto de análise; a família nuclear e as relações de parentesco e amizade em torno dela. Os contatos próximos ao casal núcleo, vizinhos, amigos ou colegas de trabalho interferem, por exemplo, no grau de segregação dos papéis conjugais do casal. Para a autora, o grau de segregação dos papéis conjugais está relacionado positivamente com o grau de conexão da rede total dos membros da família. Bott faz uso durante a análise de duas expressões bem interessantes, as “*redes de malha frouxa*” e “*redes de malha estreita*”, a primeira seria o tipo de rede onde existem muitas relações entre os membros, já a segunda seriam aquelas onde existem relacionamentos mais fluidos (BOTT, 1976).

Uma categorização parecida em termos de análise de redes, e que ficou bastante conhecida é a enunciada por Granovetter, no artigo, *O poder dos laços fracos*, de 1973. Neste trabalho, é lançado o argumento de que os laços fracos facilitam o fluxo de informação, permitindo a troca de recursos entre partes distantes de uma malha social. A teoria dos laços fracos enfatiza o fato de que na parte de uma rede pessoal que se compõe de laços fortes, os contatos tendem a se repetir, o que tem implicações sobre a quantidade e mesmo a qualidade de informação renovada que os indivíduos têm acesso. Os laços fracos, por outro lado, são capazes de integrar redes, e nesse sentido, potencialmente facilitam o fluxo de informação (GRANOVETTER, 1973, 1983).

Há pelo menos três possíveis usos da noção de redes em ciências sociais. O mais comum e mais antigo é utilizar rede como metáfora, partindo-se da ideia de que

entidades ou indivíduos estão de alguma forma conectados, como vimos ser o caso nas obras de Barnes, Radcliffe-Brown, e Elias. Como trabalhamos brevemente no capítulo anterior, ao tratarmos de redes de governança, a segunda forma de uso é de caráter normativo, neste caso a rede é um tipo particular de organização social. A premissa fundamental nesse caso é que o formato interorganizacional e organizacional tem implicações sobre a consecução dos objetivos das organizações. Na corrente da administração que trata redes como uma nova forma de governança, “as redes de políticas são uma forma particular de governança dos sistemas políticos modernos, tomando por base os processos através dos quais as políticas públicas se estruturam.” (FLEURY, OUVÉRY, 2007).

A terceira concepção ora chamada Análise de Redes Sociais (FREEMAN, 2004), ora Sociologia Relacional (WHITE, 2008), ou ainda Análise Estrutural (WELLMAN, 1988A,) trata rede – ainda que não seja consenso sequer entre esses autores – como método fundamentado numa teorização sociológica particular. O ponto que se pode dizer, consensual refere-se ao pressuposto central de que as redes são estruturas construídas pelos indivíduos e que a forma como essas redes estão dispostas, têm influência sobre estes mesmos indivíduos.

As redes sociais têm importantes consequências na forma como nos comportamos, na informação que recebemos, nos recursos que nós trocamos, nas comunidades em que nos envolvemos, nas oportunidades que nos tentamos acessar, nas doenças que contraímos, e nas nossas opiniões. (WELLMAN; BERKOWITZ, 1988A. P. XIII)

Vários desenvolvimentos teórico-metodológicos já foram feitos nesse campo: a já citada teoria dos laços fracos (GRANOVETTER, 1973), os *blockmodels*, desenvolvido por White, Boorman e Breiger (1976), além dos estudos sobre comunidades (WELLMAN, BERKOWITZ, 1988) e os estudos sobre vazios estruturais (BURT, 1992).

Para Freeman (2004) são quatro as características que definem o campo da análise de redes sociais: (1) a perspectiva estruturalista, (2) a fundamentação em dados empíricos, (3) a utilização de gráficos, particularmente os sociogramas e (4) o uso de modelos matemáticos e computacionais. Wellman distingue três vertentes de análise: uma britânica, interessada no desenvolvimento de conceitos de redes sociais para análises etnográficas de conectividade, uma segunda, de influência norte-americana, que desenvolve estudos quantitativos de análises de redes no estudo de interações entre pessoas e organizações e por fim, uma terceira tendência canadense e norte-americana que utiliza a análise de redes para o estudo de problemas político-econômicos como o estudo de nações, regiões e grupos de interesse (WELLMAN, 1988).

Estas duas últimas tendências têm como origem comum o trabalho pioneiro na análise de redes sociais de Jacob Moreno (1934) que utilizou, e cunhou o termo, sociogramas para representar graficamente redes de relações interpessoais. Após décadas sem trabalhos consistentes na área, a partir dos anos 1960 em Harvard, sob a coordenação de Harrison White, ressurgiu o interesse em estudos de estruturas sociais complexas com base na análise de redes sociais e em modelos matemático-computacionais. Os trinta anos seguintes assistiram a institucionalização da análise de redes sociais, que conta hoje com organizações internacionais como a *International Network for Social Network Analysis* (INSNA), e a REDES¹⁰, realiza encontros periódicos e dispõe de vários periódicos consolidados como o *connections* o *social networks* e a revista REDES.

As técnicas distintas de análise e objetos distintos não escondem a base comum das tendências no que se refere a valorização da esfera relacional e de suas propriedades, e mesmo a afirmação de que as interações são a base da estrutura social.

¹⁰Grupo de compartilhamento e promoção e divulgação da análise de redes sociais nos países de língua espanhola e portuguesa.

(FREEMAN, 2004) Nas redes sociais parte-se do princípio de que a posição do ator é tão importante quanto à categoria a qual ele pertence. As categorias sociais¹¹, alias, são particularmente significativas na medida em que reflitam propriedades observáveis de relações, ou seja, na medida em que as pessoas estão agrupadas participando de uma forma social que seja parte de uma estrutura em rede (BERKOWITZ, 1988).

No mundo cotidiano, para se conhecer alguém é preciso saber onde ela trabalha, qual sua profissão, seu estado civil etc. Entretanto, saber as categorias que a pessoa ocupa no mundo do trabalho e mesmo na sua vida social, não responde por exemplo, por sua acessibilidade a determinados tipos de recursos que ela pode acessar pela sua rede de contatos. Para ter acesso a essas informações pode ser mais produtivo saber quem são as pessoas que ela conhece e quais as que estão próximas em termos de possibilidade de contato, por exemplo. As categorias geralmente permitem saber sobre recursos que as pessoas podem acessar de modo formal, mas as conexões que ela estabelece com outros atores nos permite saber da sua acessibilidade a recursos por meios informais. Nesse sentido Marques (2000) faz distinção entre o poder institucional, advindo das ocupações, ou mais especificamente, profissões, e o poder posicional, ligado à ocupação de um lugar particular na rede de relações familiares, profissionais, etc.

Em nosso trabalho, o objetivo central é analisar de que forma a relação entre os diversos atores sociais – tratados aqui, em termos analíticos, por meio das esferas de

¹¹Poulantzas, por exemplo, se referiu a categorial social como um conjunto de agentes sociais que, ainda que tenham distintas origens de classe, são capazes de atuar politicamente de forma unitária e autônoma em relação ao interesse de classe das quais se originam. O exemplo de categoria social mais trabalhada por este autor foi a dos burocratas do Estado, estes, apesar de suas origens de classe distintas agem de forma unitária, para assegurar o funcionamento do aparelho de Estado e sua ideologia. (POULANTZAS, apud MOTA, 2009) Outra noção de categoria social deriva do uso comum em estatística – parece ser a este sentido que Berkowitz se refere – consiste num agrupamento de indivíduos formado com base na existência de ao menos uma característica comum entre eles. Os indivíduos nesse caso não necessariamente compartilham qualquer forma de contato. Categoria social neste caso é uma abstração do investigador para trabalhar com dados estatísticos.

sociabilidade primária, secundária e técnica – envolvidas na política pública do PSF, têm influências nos processos participativos. Nosso problema, no nível teórico é compreender como as interações sociais observáveis por meio da análise de redes sociais geram formas associativas particulares. No caso de nossa tese estamos verificando se, e em caso positivo, como as estruturas em rede interferem no perfil participativo dos atores sociais. Será por meio da verificação da interação entre esses grupos e dos padrões resultantes, em termos de tipos de estruturas, que buscaremos compreender os perfis de proximidade e participação.

Estas análises permitem a realização de investigações sofisticadas e diretas de nível intermediários dos padrões de relação entre indivíduos e grupos, de forma a chegar aos tão decantados micro fundamentos sem a perda de visão da estrutura social (MARQUES, 2000, p. 36).

As redes e suas ferramentas analíticas permitem trabalhar sobre a área de intersecção entre Estado e Sociedade considerando os padrões de interação e as interpenetrações sem perder de vista os padrões específicos das duas esferas. Buscamos identificar a estrutura de governança pública na política pública do PSF em nível comunitário, na qual diversas entidades, desde os grupos associativos locais, passando pelas organizações da sociedade civil organizada até representantes do Estado, se articulam dando forma a uma estruturação que permite o funcionamento da política pública do PSF. Os processos envolvidos neste tipo de gestão são essencialmente participativos, logo, observar como os diversos atores sociais envolvidos neste processo trocam recursos, por meio da análise aqui empreendida, pode ajudar a compreender os processos participativos em nível comunitário. Compreendendo os perfis participativos poderemos ensaiar a análise do potencial democratizante da ação dos atores sociais no PSF.

3.1.2. Esferas de sociabilidade

O que chamamos aqui de esferas de sociabilidade são recortes construídos com base nas formas de interação entre os atores sociais e os tipos de agrupamentos sociais que se formam nos espaços sociais comunitários que analisaremos

Esses círculos, espaços da estruturação das redes sociais, são o local por excelência da convivibilidade. (...) sob pena de se perder nesse emaranhado de tramas de sociabilidade os analistas de rede ‘recortam’ artificialmente campos sociais para instrumentalizar uma análise de processos sociais específicos (FONTES, 2004, p. 132).

Entidades associativas como Clubes de mães, associações comunitárias e outras associações informais, derivam da esfera de sociabilidade primária. Tomamos de empréstimo a Caillé (2004) o uso da expressão sociabilidade primária, para designar o lugar onde a pessoa é mais importante que a função por ela desempenhada. Dentro da sociabilidade primária está a família (a primariedade privada) e as associações primárias públicas, espaço da solidariedade imediata. Estas organizações são agrupamentos fundados no mais das vezes na confiança entre os membros, uma confiança eminentemente territorial e de reconhecimento mútuo, algo como o que Touraine (1989) chamou de destino comum ao tratar da questão da identidade para o caso da América Latina.

Ao lado dessas associações comunitárias estão outras, estas formais como as ONGs, com suas características de busca de eficiência e de proteção social, ligado a sociabilidade secundária. (CAILLÉ, 2004) Os recursos que circulam nas redes desta esfera de sociabilidade, que chamamos de secundária, frequentemente dizem respeito aos capitais potenciais presentes nas redes sociais que os indivíduos constroem fora de seus ciclos primários, geralmente trabalho, escola, igrejas e movimentos religiosos etc. Esse tipo de recurso, como descrito por Granovetter (1983), por ser característico de

redes com densidade menor e com a presença de muitos contatos, presta-se muito bem ao fluxo de informação renovada, podendo ser instrumental para a saúde comunitária, pois aumenta as chances de efetuar contatos e resolver problemas. Analisaremos as formas de ação dessas entidades, para compreender de que forma elas atuam nas comunidades. E mais especificamente, se de fato, para o caso de nossa amostra, as comunidades em Recife e Porto Alegre, alas funcionam como pontes para recursos fora da comunidade e do aparelho do Estado. Os indicadores para tanto, como veremos em mais detalhes a frente, serão as entrevistas realizadas com os representantes das organizações presentes nas comunidades.

Os representantes do Estado, no caso do PSF, não são burocratas, são profissionais da área médica, o que deve conferir traços distintos a essa relação Estado-Sociedade, aqui este espaço é tratado como esfera de sociabilidade técnica. Os profissionais de saúde presentes nas comunidades são médicos, de várias especialidades, dentistas, em alguns casos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes ACS são profissionais oriundos da própria comunidade, pessoas que recebem orientação técnica e capacitação em saúde para atuarem como elemento de ligação entre a Equipe médica e as comunidades atendidas pelo PSF. Esses profissionais, dado o seu perfil diferenciado, estão entre o nível comunitário e institucional. Trabalhamos mais especificamente sobre os ACS em nossa dissertação de Mestrado.¹²

O contato direto dessas três esferas, gera um ambiente social com posições relativas e fluxo de recursos particulares nos territórios em análise.

O ingrediente social aqui traz uma série de significados, mas basicamente remete a ideia de que os campos de sociabilidade são importantes estruturadores de hábitos de vida saudável, de um lado, e instrumentos

¹²Disponível no endereço:

www.bdttd.ufpe.br/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4573

importantes na promoção da saúde, incluindo neste caso, mecanismos de participação popular institucionalmente organizados (FONTES, 2011, p. 158-159).

Importa para nós compreender se e como esses atores interagem no sentido de uma orientação comum focada na execução da saúde comunitária pautada nos preceitos do PSF.

A produção da assistência em saúde, no cotidiano de trabalho, é realizada pelo complexo produto de dinâmicas interativas entre os diversos ramos de intervenções existentes, e não pelo que poderíamos denominar de intervenção técnica pura das distintas áreas de atuação profissional de que são compostas as equipes, ou, ainda, pela simples somatória dessas áreas (SCHRAIBER, 2005, p. 40).

A seguir apresentaremos as bases da construção metodológica em relação às esferas de sociabilidade, deste os fundamentos do argumento até a operacionalização dos conceitos em termos de medidas de análise.

Comunidade e território

A concepção de esferas de sociabilidade está intimamente ligada às noções de comunidade e de território; serão essas as bases de construção da análise das esferas de sociabilidade utilizada aqui. Comunidade é um conceito que dada sua larga utilização, nem sempre fundamentada teoricamente, é de difícil definição. Para termos um conceito inicial, “no mínimo, comunidade geralmente indica um grupo de pessoas dentro de uma área geográfica limitada que interagem dentro de instituições comuns e que possuem um senso comum de interdependência e integração” (SHORE, 1996, p. 115) Comunidade geralmente abarca mais que isso, de modo peculiar, Balman (2003) diz que a palavra comunidade é daquelas que tem significado, mas trazem também em seu bojo sensações, geralmente boas sensações. Deriva desta conotação francamente emotiva a ideia de ‘espírito de comunidade’ em sentido francamente positivo. A mais tradicional definição, a de Tönnies, já estava carregada dessa ‘positividade’. Em sua concepção,

comunidade representava integração, microescala, parentesco ou amizade, intimidade, integração e longa duração. O oposto perfeito à comunidade, Tönnies chamou de sociedade, onde imperam os laços impessoais e anônimos, segundo esta interpretação, típicos da sociedade industrial. Durkheim, ainda que trilhe outro caminho, relacionado ao nível de coesão social entre membros de um grupo social; a sua noção de solidariedade, e seus tipos, mecânica ou orgânica está baseada no mesmo tipo de oposição. (DURKHEIM, 2008)

Cohen (1985) argumentou que mais que qualquer outro fator, o que define uma comunidade é a questão do significado, pois a comunidade é uma entidade simbólica, que não tem parâmetros fixos, reconhecíveis em todos os grupos comunitários. A comunidade é essencialmente um grupo que existe por oposição a outro, ou outros¹³, baseado em códigos morais e valores particulares, de modo a conferir a seus membros um senso de identidade próprio.

Enquanto as comunicações continuam nas redes sociais elas formam ciclos múltiplos e retroalimentação que finalmente produzem um sistema compartilhado de crenças, explicações e valores – um contexto comum de sentido, também conhecido como cultura. (...) a rede gera seu próprio limite (...) um limite de expectativas, de confiança e lealdade, o qual é permanentemente mantido e renegociado pela rede de comunicações (CAPRA, 2008, p. 23).

Tratar as comunidades e as esferas de sociabilidade, de modo geral, como algo baseado nas redes - passível de uma análise dos contatos que os atores sociais estabelecem não resolve todos os problemas relacionados a seu uso, mas torna ao menos mais operacional a noção de comunidade, na medida em que remete a vínculos, quantificáveis e classificáveis, estabelecidos entre os atores com base em fluxos de comunicação e de recursos entre eles, esses recursos pode ser desde suporte social, recursos financeiros e até fluxo de informação.

¹³Bourdieu (1989) falando de regiões argumentou que este tipo de formação – que não é apenas geográfica- existe em oposição à nação.

Sobre uma topografia natural surge, por meio da obra humana, uma topografia social, tal topografia interfere nas condições de vida daqueles que dela fazem parte. Como já vimos, todas as ações dos indivíduos se fazem a partir de um determinado ‘lugar social’, este lugar, sabemos, tem forte influência no alcance da ação dos indivíduos. O território, onde a vida concreta tem lugar, é onde as relações sociais de conflito ou de solidariedade; enfim as relações de poder (que põem as claras as diferentes condições de moradia, de acesso a serviços públicos e privados etc.) acontecem (KOGA, 2003).

As noções de território e de espaço vital são vistas como fundantes da própria história humana, isto porque a noção de território refere-se de modo geral, a uma “apropriação de uma porção do espaço por um determinado grupo” (CORREA, 2003, p. 18). O espaço transmuta-se em território pela intervenção humana. Sob um ponto de vista tradicional¹⁴, o território é “fundamentalmente um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (SOUZA, 2003, p.78). De um ponto de vista da geografia crítica¹⁵, “o território será um campo de forças, uma teia ou rede de relações sociais que a par de sua complexidade interna, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre nós e os outros” (SOUZA, 2003, p.86).

A prática de criação de distritos sanitários com base na noção de território tem sido posta em prática no Brasil desde a criação do SUS. A distritalização pretendia consolidar a institucionalização da Reforma Sanitária. Tal prática foi pensada como uma alternativa as práticas sanitárias e médicas tradicionais. Nos anos 1990, acontece realmente uma explosão de distritos sanitários, em Recife, a territorialização espacial da cidade se dá por meio de seis Distritos Sanitários. Conforme Mendes (1996), Distrito Sanitário é antes de qualquer coisa um processo social de mudança de práticas

¹⁴ Costuma-se chamar de tradicional o fazer geográfico entre 1879, ano da institucionalização da disciplina na Europa, e a década de 1950, época da revolução teórico-quantitativa.

¹⁵ A geografia crítica surge na década de 1970, fundamentada na dialética e no materialismo histórico.

sanitárias. Logo, depende da existência de um território, em que vários atores estejam em interação, disso resulta, em tese, ações de saúde organizadas com base nos processos de trabalho de saúde – com base na técnica dos profissionais da saúde - e com práticas sanitárias localizadas – por contar com a participação efetiva da população atingida – que possam combater as principais causas dos problemas. Neste sentido, não haverá reforma sanitária de fato, se não forem mudadas as práticas dos profissionais que cotidianamente operam os serviços de saúde. O processo de distritalização “depende fundamentalmente da capacidade de condução expressa na vontade política de governar estratégias de transformação, e que isso se manifesta através de uma cultura de mudança que vai consolidando-se no decorrer do processo” (MENDES, 1996, p.14).

Logo, criar distritos sanitários é mais do que descentralizar ações, embora pensar localmente não implica um abandono de uma perspectiva totalizante, implica necessariamente o reconhecimento pelo Estado das particularidades locais. KOGA (2003) estabelece uma distinção entre o que seria a dimensão territorial e dimensão comunitária das políticas sociais; no bojo desta distinção, a autora argumenta que há uma diferença entre políticas territorializadas e políticas territoriais: as primeiras são caracterizadas pela transversalidade e pela localização, em contraposição as políticas territoriais em que o território é o próprio lugar de elaboração da gestão.

Uma política que se pretenda territorializada deve levar em consideração o local como forma de descentralização de ações, e para isso precisa avaliar: (1) a dimensão cultural do território, (2) as necessidades locais, mas também e principalmente (3) os anseios da população que vive e se relaciona no território. É preciso ver, para além das impressões elementares e concretas, os elementos por ventura invisíveis, mas carregados de significados; os sentimentos, os valores e as perspectivas das populações atendidas (KOGA, 2003).

Neste sentido, o PSF, embora tenha potencial para tornar-se uma política territorial, parte de uma noção administrativa de território. Em alguns casos, o PSF é pouco mais que uma divisão física dos espaços com base na quantidade de pessoas a ser atendidas. Noutros casos a divisão da cidade em distritos, ou áreas, era definida com base em ingredientes políticos comunitários, nem sempre isentos de fundo clientelístico. Esse tipo de formato não deve ser confundido com territorialização, esta prescinde um processo de incorporação dos territórios pelos cidadãos, em que o território é um espaço de reconhecimento, de sentimento de pertencimento e compartilhamento de espaços. Uma política territorializada ainda que caracterizada por administração descentralizada, mas que não implique mudança em seu modelo de atuação em função do lugar onde atue, ou seja, funcione sempre com base numa regra geral, é na verdade apenas uma transferência do modelo centralizado para o nível local. As políticas territoriais, são aquelas que, a partir de um território particular, permite o surgimento de soluções igualmente singulares em termos de gestão e de governança, a partir da inter-relação entre política social, ou política pública e o território (KOGA, 2003).

Ainda no campo de uma cidadania territorialmente mediada, é preciso estar atento à preocupação de Santos quando coloca: “em lugar do cidadão formou-se um consumidor, que aceita ser chamado de usuário”(2007, p. 25) O PSF pode ser uma experiência de política territorial, no sentido de apoio a um “modelo cívico-territorial” (IDEM) de organização e gestão do espaço de modo instrumental, a organização e a gestão de espaço sendo instrumentais a uma política territorial em que a dimensão territorial deve ser “considerado como um fator e não exclusivamente como um reflexo da sociedade” (SANTOS, 2007, p. 18).

Em relação ao território enquanto ponto para nossa análise, devemos ter de modo bastante claro duas características básicas: o caráter político do conceito de

território, principalmente no caso aqui em análise, em que estão em embate constante poderes micro-políticos presentes na própria comunidade, os poderes advindos das organizações que atuam nas comunidades e ainda o poder estatal investido aos executores do PSF; e o lado simbólico, responsável pelo sentimento de pertencimento ao espaço comunitário. Com base nesses pontos, podemos trabalhar um instrumental de trabalho que responda a nossos problemas de pesquisa.

É por meio de comunidades, pensando comunidade como um espaço social de encontros pactuados num determinado território, que os indivíduos negociam códigos de conduta interativa. A partir de uma perspectiva interacionista, os pactos sociais, típicos de uma comunidade, são resultado do processo contínuo de interação dinâmica dos indivíduos que por meio da interação dão sentido às suas ações. Blumer (1998) observa que não apenas os atores sociais estabelecem significados, mas que esses significados são renegociados na interação e que por conta disso a definição da ordem social está sempre aberta a revisões, permitindo ações inesperadas e interpretações alternativas. Thomas (1923) já havia colocado que as normas sociais são estabelecidas por meio de ‘definições de situação’, para este autor, a interação é precedida por um momento de análise e de deliberação buscando uma tentativa de alinhamento como a ação do outro. Esse processo não está apenas no indivíduo, é sim uma atividade coletiva de esforço de assumir o papel do outro.

A noção de ‘ordem negociada’ de Anselm Strauss pode ser considerada uma derivação da ‘definição de situação’ de Thomas. A proposição de Strauss, embasada empiricamente em pesquisas feitas com profissionais da saúde, observa que o mundo social, e particularmente o ambiente dos profissionais da saúde por excelência: o hospital é uma ordem de equilíbrio precário entre diversos interesses individuais e normas situacionais coletivas. Esta ordem é mantida pelos contextos de negociação

(espaços de tomada de pontos de vista e de ações diretas com interferência nos resultados interativos) entre os atores de forma mais ou menos harmoniosa. (STRAUSS, 2009) As redes de apoio ao PSF presente nas comunidades são de alguma forma ordens negociadas, pois em seu contexto operam ao menos três esferas de sociabilidade distintas, com pontos de vista, meios de ação e por vezes objetivos distintos.

A noção de ordem negociada bem como a ideia de território-rede será utilizada para a operacionalização da análise das esferas de sociabilidade, particularmente a sociabilidade primária. Parece-nos que esses conceitos são importantes para compreender a forma como as redes formadas nas comunidades aqui analisadas são resultado da interação das três esferas de sociabilidade presentes no território.

Não há território sem uma estruturação em rede que conecta diferentes pontos ou áreas. (...) antes vivíamos sob o domínio da lógica dos territórios zona, que mais dificilmente admitiam sobreposições, enquanto hoje temos o domínio dos territórios-rede, espacialmente descontínuos mais intensamente conectados e articulados entre si. (HAESBAERT, 2004. p. 79)

Trabalharemos com indicadores de imersão na rede para compreender o grau de interação das organizações comunitárias com os executores da política pública. Ensaiaremos, por meio de indicadores, o pertencimento e a identificação comunitária, a intensidade da relação estabelecida com o território. A operacionalização dos conceitos trabalhados se dará por meio dos indicadores de análise de rede de densidade, coesão, multiplexidade etc. Essas ferramentas serão apresentadas na próxima seção, quando trataremos da operacionalização das medidas de rede.

3.2. Discussão das medidas de rede

As medidas estruturais da rede são particularmente importantes para o tipo de análise de imersão territorial e comunitária como as que faremos para comparar as redes

em Recife e Porto Alegre. As medidas utilizadas serão: densidade, número de nós, valor médio de nós e medidas estruturais de centralidade. Entre as métricas relacionais, trabalharemos as medidas de centralidade, o grau de centralidade, a intermediação e a aproximação.

Os resultados que extrairemos dos dados reticulares são de dois tipos: os baseados em modelos algébricos e os resultados em modelos gráficos. Os modelos gráficos, trabalhados serão especificamente os sociogramas, fundamentados na teoria dos grafos. Os grafos são utilizados como modelo de representação das relações sociais em rede. Um grafo é um conjunto de pontos, convencionalmente chamados vértices ou nodos conectados por linhas chamadas de arcos. Nas análises aqui operacionalizadas os pontos serão as entidades ou os indivíduos, e as arestas corresponderão às formas de contato entre esses atores. Os sociogramas que utilizaremos são *outputs* visuais do NETDRAW¹⁶ (software que trata dados de rede e é parte do pacote Ucinet¹⁷) que tornam possível a visualização geral do formato da rede e de suas particularidades, permitindo analisar as relações de poder, as assimetrias e reciprocidades presentes nas relações ente os atores sociais.

Além dos sociogramas, trabalharemos com modelos algébricos, daremos especial atenção às medidas de centralidade, a multiplexidade, densidade e análises de cliques. Cada uma dessas medidas tem uma função específica, conforme segue abaixo.

Trabalharemos também com medidas de densidade de redes. A densidade simples, ou geral, se calcula por meio da proporção entre a quantidade de elos existentes pelo total de elos possíveis na estrutura. (MC CARTY, 2002). A densidade de uma rede nos dá uma noção da velocidade com que uma informação pode ser difundida na estruturação e sobre o nível de capital social distribuído na rede. (HANNEMAM &

¹⁶ A última versão utilizada foi a 2.117.

¹⁷ Trabalhamos com a versão 6.360.

RIDDLE, 2005) Trabalharemos também com a análise de densidade por blocos. Agruparemos as redes que dispomos em relação às esferas de sociabilidade. Desta forma será possível comparar a coesão dessas partes da rede. Outras medidas estão relacionadas com a densidade das redes, por exemplo, a multiplexidade que diz respeito à existência de relações múltiplas entre o mesmo conjunto de atores. (HANNEMAN & RIDDLE, 2005) As redes que apresentaremos, principalmente as dos ACS, tem uma diversidade bem importante em termos de formas de contato com as associações e organizações, saber se essas formas participativas se cruzam pode ser um importante indicador da coesão da rede e do fluxo.

As análises de centralidade são as mais utilizadas pelos analistas de redes para compreender os fenômenos reticulares. (EVERETT, BORGATTI, 2005) Tal forma de análise permitirá indicar, de forma geral, quais os membros mais centrais numa estruturação social. Esse tipo de indicador é importante na medida em que ser mais central numa rede pode demonstrar uma boa capacidade de interação com os outros membros e acesso diferenciado a recursos e informação circulante na malha associativa. As centralidades trabalhadas serão (1) *centralidade de grau*, que se refere à quantidade absoluta de contatos elencados por um nodo. Indicando a atividade do nodo na rede e sua capacidade de diversificação de parceiros. (MCCARTY, 2002); (2) *grau de intermediação*, que corresponde à quantidade de vezes que determinado nodo é utilizado por outro como caminho para alcançar um terceiro. Esta medida de centralidade indica potencialidade de controle de fluxo de informação e poder de funcionar como ponte entre nodos não adjacentes; um tipo de recurso particularmente importante em redes de saúde, como é nosso caso de análise. Por fim, temos a (3) *centralidade de aproximação*, Indica os membros mais centrais com base na análise fatorial (HANNEMAN & RIDDLE, 2005).

Por meio dessas análises teremos uma noção da localização dos atores sociais na estrutura social e de suas possibilidades de acessar recursos dentro da rede através de seus contatos, permitindo conhecer a rede em profundidade. O uso das medidas será importante também para a comparação dos perfis participativos nos contextos de Recife e Porto Alegre.

3.3. Caracterização do campo e amostras

Os dados que iremos analisar são questionários e entrevistas aplicados nos anos de 2006 e 2007, em Recife e Porto Alegre, pelo Grupo de Pesquisadores do NUCEM-Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança¹⁸. Apresentaremos as cidades e as respectivas amostras levantadas para análise.

3.3.1. Porto Alegre: caracterização do campo

O Programa de Saúde da Família em Porto Alegre teve início em 1996. No ano de 2009, havia 101 equipes do Programa na cidade atendendo a uma população de cerca de 290 mil pessoas. (SMS, 2009). As equipes de saúde contam com dois auxiliares de enfermagem, um médico, um enfermeiro e até seis Agentes Comunitários de Saúde. Segundo a Secretaria de Saúde Municipal, cada equipe responde, em média, por 850 famílias.

No ano de 2007, havia 84 equipes que atendiam a uma população de 290 mil moradores da cidade (ZERO HORA EDITORIAL, 2007). A Rede de Atenção Básica divide Porto Alegre em 8 Gerências Distritais (GD), são elas: (1) **Gerência Noroeste/Navegantes/Ilhas**, (2) Gerência Restinga/Extremo-Sul, (3) Gerência

¹⁸A pesquisa mais ampla, a qual esta tese é um dos trabalhos derivados, teve mais dois campos de coleta e análise de dados, além de Recife e Porto Alegre, as cidades de Campinas e Fortaleza também fizeram parte da amostra da pesquisa Saúde, Redes e Determinantes Sociais

Glória/Cruzeiro/Cristal, (4) Gerência Norte/Eixo-Baltazar, (5) **Gerência Centro**, (6) **Gerência Sul/Centro-Sul**, (7) Gerência Leste/Nordeste, (8) Gerência Lomba do Pinheiro/Partenon (SMS, 2009).

Trabalharemos apenas uma das GD; a Gerência Lomba do Pinheiro/Partenon. Essa região é composta por três bairros: Lomba do Pinheiro, Partenon e Agronomia. Iremos brevemente caracterizar cada um desses bairros.

O nome Partenon deve-se a uma sociedade de literatos que pretendia construir naquela região uma replica do Partenon grego (templo dedicado à deusa Atena). A “Sociedade do Partenon Literário” não chegou a concretizar seu objetivo. A sociedade se dissolveu em 1899 e o terreno a ela pertencente foi doado a Santa Casa de Misericórdia. Havia um plano de urbanização para a área que previa a criação de loteamentos, um deles utilizou o nome Partenon. Nessa mesma época, em 1884, foi instalado na região o primeiro hospital psiquiátrico do Estado, o Hospício São Pedro. (Observa POA, 2009a)

O bairro, criado em 1959, é cortado pela Avenida Bento Gonçalves, uma das principais vias da cidade, convive com uma grande disparidade social, que pode ser observado pelo padrão de construção de residências, que vai desde belas casas construídas em ruas planejadas e planas, até barracos construídos conforme as condições dos terrenos de encosta.

Até a metade do século passado, o bairro Lomba do Pinheiro tinha uma feição quase que exclusivamente rural. Ainda hoje a ocupação de sua área é bastante heterogênea, em que espaços densamente povoados convivem com áreas de preservação ambiental.

A ocupação urbana da área começa na metade da década 1970 por meio dos loteamentos. A partir de 1979, multiplicam-se os loteamentos clandestinos que só

seriam regularizados por meio da instituição de Área Especial de Interesse Social (AEIS) no ano de 1996.

A região conhecida como Lomba do Pinheiro tem sido ao longo dos anos, uma alternativa de assentamentos habitacionais bastante desorganizados, apresentando uma intensa degradação ambiental precariedade no atendimento de serviços públicos e equipamentos comunitários (RELATÓRIO CONSTRUINDO A LOMBA DO FUTURO, 2005. p. 05)

O bairro foi criado em 1959, com alteração de limites no ano de 1997, houve um acréscimo de algumas vilas que pertenciam antes ao município de Viamão, são elas São Pedro, Santa Helena, Panorama, Santa Filomena e Bom Sucesso. Há na Lomba do Pinheiro um importante movimento associativo, provavelmente resultado da luta por melhorias infraestruturais e pela posse da terra. Foi no bairro, inclusive que se formou a primeira associação de moradores, em 1956, na Vila São Francisco.

Agronomia é um bairro de baixa densidade demográfica. O bairro teve dois eixos de crescimento, por um lado, resultou da ocupação de uma área de tráfego contínuo entre duas estradas importantes para toda a região: o caminho do meio, atual Oswaldo Aranha e Protásio Alves e a antiga Estrada do Mato Grosso, atual Bento Gonçalves. Por outro lado, a Fundação do Instituto de Agronomia no começo do século XX. Uma estrutura universitária de fato foi instalada no bairro em 1934, com a criação da UFRGS, na qual o instituto de Agronomia se incorporado. Atualmente há mais de vinte cursos no agora Campus do Vale.

Apresento logo abaixo os quadros dos dados disponíveis entre questionário e entrevistas.

Porto Alegre: amostra

Questionários aplicados em Porto Alegre

Quadro 1 - Questionários aplicados em Porto Alegre

Ator	Total	Amostra
ACS	46	46
Famílias	9177	343

O calculo da amostra foi feito com base na seguinte fórmula:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

s_2 = Nível de confiança (escolhido, em número de desvios - sigmas)

p = Proporção da característica pesquisada no universo, calculado em percentagem

q = 100 - p (em percentagem)

N = Tamanho da população

E^2 = Erro de estimação permitido

Para o nosso caso, temos o seguinte:

N Tamanho da população é de 9177, que são as famílias atendidas pelos ACS.

O nível de confiança foi fixado em 2 sigmas

E2 Erro de estimação permitido de 5%

P = 50

Q= 50

Entrevistas realizadas em Porto Alegre

Quadro 2 - Entrevistas com Líderes das Equipes de Saúde da Família

Unidades	Função no PSF	Bairro	UDH
PSF Pitoresca	Médico/ Enfermeira	PARTERNON	PARTENON- Intercap e Jardim Bento Gonçalves
PSF Esmeralda	1 Enfermeira/ 1 Médica	Agronomia	AGRONOMIA- Vila Esmeralda
PSF Herdeiros	Enfermeira	Agronomia	AGRONOMIA- Vila Esmeralda
PSF Viçosa	Enfermeira	Lomba do Pinheiro	LOMBA DO PINHEIRO-Densa

PSF Vila São Pedro	Médico	Lomba do Pinheiro	LOMBA DO PINHEIRO-Densa
PSF Panorama	Enfermeira	Lomba do Pinheiro	LOMBA DO PINHEIRO-Densa
PSF Lomba do Pinheiro 1	Médica	Lomba do Pinheiro	LOMBA DO PINHEIRO-Densa
PSF Lomba do Pinheiro 2	Médico	Lomba do Pinheiro	LOMBA DO PINHEIRO-Densa
PSF Lomba do Pinheiro 3	Enfermeira	Lomba do Pinheiro	LOMBA DO PINHEIRO-Densa

Quadro 3 - Entrevistas com gestores/ Hospital Conceição¹⁹

Função	
Coordenadores do Distrito Sanitário.	3
Médico do GHC	1
ACS do GHC	3

Quadro 4 - Entrevistas com líderes comunitários e usuários

Tipo	
Líderes comunitários	5
Usuários	2

¹⁹O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um importante precursor da prática da saúde comunitária; no ano de 1980, a instituição iniciou o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) em conjunto com a residência médica em medicina geral. O objetivo era a formação dos chamados médicos generalistas com um perfil voltado o que hoje se conhece como atenção primária a saúde. O SSC do GHC foi a segunda experiência desse tipo no Estado, já havia há cinco anos, e sob a coordenação do mesmo grupo outra residência médica comunitária a Unidade Sanitária Murialdo (OLIVEIRA, 1998). Tais experiências pioneiras em Porto alegre, contaram com um importante intercambio britânico. Esse contato pode indicar que além da influência advinda da APS de Alma-Ata, o modelo de medicina familiar sofreu influência do *National Health System* inglês. (GOULART, 2002)

3.3.2. Recife: caracterização do campo

A cidade do Recife está dividida em seis Distritos Sanitários, esses territórios equivalem ao das Regiões Político Administrativas (RPA) instituídas no Recife no ano de 1997²⁰. Em meados de 2006, havia na cidade 217 equipes de saúde da família, distribuídas por 104 Unidades do PSF, segundo dados da Prefeitura do Recife. A pesquisa na cidade realizou-se no Distrito Sanitário 4, que é formado por 12 bairros: Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi.

O Distrito Sanitário 4 é o mais extremo dos distritos no Recife no sentido oeste. A área do distrito estende-se da planície direita do Rio Capibaribe, até as colinas a esquerda do mesmo rio. Desde o século XVII a região era ocupada por Engenhos de açúcar. No século XIX, o principal acesso para a região era a estrada da Caxangá, principal eixo de transporte para a região. O perfil ocupacional de grandes propriedades começa a ser substituído ao longo do século XX, com a criação de loteamentos, várias ocupações irregulares, e, a partir dos anos 1950, com a chegada de vários equipamentos públicos à região (campus da UFPE e SUDENE, por exemplo).

No Distrito, ocupam por vezes espaços bastante próximos, prédios de alto padrão, principalmente a leste, nos bairros de Madalena, Torre e Ilha do Retiro, e pequenos barracos à margem dos rios. Nos bairros centrais, Cordeiro, Iputinga, Cidade Universitária, predominam empreendimentos residências mais simples e as ocupações populares irregulares. No bairro da Várzea, mais a oeste, observa-se ainda uma grande área verde, ocupações irregulares e conjuntos habitacionais populares como a UR7.

²⁰A Lei n. 16.293/1997 dispõe sobre a divisão do território municipal em seis Regiões Político-Administrativas. (Fonte: Atlas do desenvolvimento humano do Recife).

Recife: amostra

Quadro 5 - Questionários aplicados em Recife

Ator	Total	Amostra
ACS	152	152
Famílias	8990	336

Em Recife também entrevistamos todos os ACS que atuavam na área de abrangência que estamos analisando. A fórmula para o cálculo da amostra das famílias foi o mesmo que havíamos utilizado antes para a cidade de Porto Alegre.

Quadro 6 - Entrevistas realizadas em Recife – Profissionais da Saúde e usuários

UNID PSF	BAIRRO/UD H	Microrregião o	ACS	PROFISSIONAIS	USUARIOS
SKY LAB	25	4.1	-	1 Enfermeira	2
SÍTIO DO CARDOSO	30	4.1		1 médica	1
EMOCY KRAUSE	30	4.1		1 médico	
VILA UNIÃO	31	4.1	2	1 Enfermeira	5
COSIROF	32	4.2	1	1 enfermeira	1
ENGENHO DO MEIO	27	4.2		1 enfermeira	3
MACAÉ	32	4.2		1 Médica, 1 Enfermeira)	
SINOS	32	4.2		2 enfermeiros/1 Médica	
SÍTIO DAS PALMEIRAS	32	4.2	1	3 enfermeiras/1 médica/ 1 dentista	1
VIETNÃ	32	4.2	1	1 enfermeira	
BRASILIT	34	4.3		1 enfermeira/ 2 médicas	4
CAMPO DO BANCO	34	4.3		1 enfermeira	
COSME DAMIÃO	35	4.3		1 enfermeira	
ROSA SELVAGEM	35	4.3	1	2 enfermeiras/1 médica	
BARREIRAS	35	4.3	1	1 médica/	1
TOTAL	7	3	7	27	16

3.4. Operacionalização dos instrumentos de pesquisa

3.4.1. Os questionários

Os dados levantados junto aos ACS por meio dos questionários permitirão remontar as relações destes profissionais com os grupos associativos que apoiam os trabalhos do PSF a nível local e comunitário. Desta forma, analisar a inserção das associações por meio dos ACS é um meio viável de analisar o fenômeno participativo da política pública de saúde e identificar quais são os parceiros mais próximos e atuantes do PSF.

O questionário aplicado aos ACS está dividido em três partes: a primeira trata dos atributos sociais dos profissionais, na segunda parte o foco está na rotina de trabalho nas Unidades de Saúde e nas comunidades e, por fim, na terceira parte, busca-se levantar as relações que os ACS mantêm com organizações da sociedade civil entre associações locais, ONGs e outras formas associativas. Nessa última parte do questionário pedimos que o ACS cite até nove entidades as quais ele mantém contato, perguntamos ainda se esse contato é profissional, pessoal etc.

Os dados reticulares podem ser de dois tipos: podem ser binários – no qual o contato é representado por ‘1’ e o não-contato entre nodos é representado por ‘0’ – ou podem conter valores diferenciados. No caso de nossos dados, como são levantados vários dados sobre a relação que o ACS mantém com as organizações que ele citar, é possível montar redes com valores. Quando, de certa forma, qualificamos a relação, percebemos nuances importantes do perfil participativo dos ACS, tornando possível hierarquizar a sua forma de participação nos grupos associativos. Na prática, atribuiremos valores aos diversos tipos de participação de modo que por fim tenhamos uma matriz com valores diferenciados, que refletiram em sociogramas mais ricos que os

baseados em dados binários. Os dados levantados junto aos ACS por meio dos questionários permitem remontar as relações destes profissionais com os grupos associativos que apoiam os trabalhos do PSF, constituindo um meio viável de identificar quais são os parceiros mais próximos e atuantes do PSF e analisar suas formas de participação.

O questionário aplicado às famílias tem algumas distinções importantes em relação ao instrumento aplicado aos ACS. Ainda assim utilizaremos os dados levantados junto à população atendida, para compreender o perfil participativo das famílias. Questões que aparentemente não foram desenvolvidas para este fim, serão utilizadas para montar redes sociais. Por exemplo, a questão 14 do questionário: “Você ou alguém da sua família participa de associações?”. Nesta questão a pessoa não apenas indica sua inserção nas organizações, mas também sua forma de participação, permitindo a criação de uma rede com qualificação de contato.

Particularmente nos interessa a reconstrução da rede de participação das famílias nos Grupos Temáticos²¹ do PSF, que acreditamos ser um espaço privilegiado de contato entre as famílias e os profissionais da saúde, particularmente porque este é um encontro distinto daquele da consulta, em que os papéis estabelecidos de paciente e de médico podem ser um empecilho à proposta de educação em saúde que o PSF propõe. Importa menos para nós quantas pessoas participam dos Grupos e sim o fato de participarem e a possibilidade de compreender os processos participativos da comunidade por meio dessa inserção no PSF.

²¹ Grupos temáticos são grupos que reúnem pessoas que tem a mesma doença para troca de experiências entre os membros, a maneira dos Alcoólicos Anônimos. Esses grupos são organizados e acompanhados pelos ACSs.

CAPÍTULO 4 – REDES DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados de nosso trabalho. Trabalharemos em torno de quatro eixos de trabalho, conforme segue:

- (1) *Ancoragem territorial: as redes de Recife e de Porto Alegre:* partimos do princípio de que Configurações de redes particulares geram estruturas de sociabilidades específicas com fluxos de informação e comunicação distintos, além de recursos particulares. Logo, iremos descrever e analisar, com base nas medidas de redes anteriormente descritas, a estruturação em rede, e suas esferas de sociabilidade, nas comunidades nas redes de Recife e de Porto Alegre.
- (2) *Recursos e esferas de sociabilidade:* o foco neste trecho é na observação dos recursos que circulam nas esferas de sociabilidade, onde se busca compreender se os recursos potencialmente alocáveis são diferentes nas diferentes esferas e a implicação dessa distinção. Acreditamos ser possível responder a esse problema com base, por um lado, como base nas questões aplicadas aos ACS e as famílias sobre suas respectivas participações em organizações associativas voltadas para a saúde comunitária.
- (3) *Esferas de sociabilidade, condicionantes e potencialidades:* nesta parte do trabalho estamos interessados em demonstrar a estruturação das redes locais a partir da fala dos atores sociais buscando verificar as inter-relações das esferas de sociabilidade e suas possibilidades de articulação com as práticas de saúde em nível comunitário. Em termos operacionais trabalharemos sobre as entrevistas aplicadas aos profissionais de saúde, nos momentos em que tratam

da relação do PSF com a estrutura associativa da comunidade. De forma complementar, utilizaremos também para compor essa parte do texto as entrevistas realizadas com líderes comunitários quando tratam das associações locais, do envolvimento destas em questões de saúde, e sobre a participação da população em práticas associativas.

Antes de analisarmos as redes em separado, observemos uma breve descrição das estruturações em termos de informações básicas dos laços, conforme observamos na tabela abaixo.

Tabela 1 - Descrição das Redes de Recife e Porto Alegre

Descrição das redes	Recife	Porto Alegre
Laços Possíveis	15.048	2.070
Laços Efetivos	256	106
Porcentagem de Laços Efetivos	1,7%	5,1%
Média de laços	0,017	0,051
Desvio Padrão	0,129	0,220

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Embora em Recife haja mais laços efetivos – mais de duzentos e cinquenta –, proporcionalmente há mais laços em Porto Alegre. Um dos motivos para isto diz respeito à quantidade de contatos possíveis entre os ACS e as organizações citadas por estes profissionais na capital gaúcha ser bem menor do que a possibilidade de ligações para o caso do Recife. Nesta última cidade são mais de quinze mil laços possíveis, enquanto que na capital gaúcha são pouco mais de dois mil as possibilidades de contato. A média de laços em ambos os casos é baixa, sendo menor no caso do Recife. No distrito 4 do Recife, apenas 1,7% dos laços possíveis estão presentes, na área em análise em Porto Alegre, a porcentagem é maior, mais ainda assim baixa, pouco mais de 5% dos laços possíveis se fazem presentes. Ainda que haja mais entidades atuantes em Recife e mais ACS em atividade, estes se encontram mais dispersos do que em Porto Alegre. Ter uma média maior de laços possíveis tem relação com a densidade da rede, e

consequentemente, tem possíveis repercussões na forma como a informação circula na estruturação. Nas próximas seções trabalharemos as redes dos ACS, de onde extraímos dados para esta tabela acima, e também a rede dos usuários com base nos dados quantitativos e qualitativos.

4.1. Ancoragem territorial: as redes de Recife e de Porto Alegre:

4.1.1. Redes de parceria dos ACS em Recife

Recife, capital do Estado de Pernambuco, é como grande parte das capitais brasileiras, uma cidade bastante desigual em termos de renda, educação, acessibilidade e tantas outras questões de cunho social. Mais do que isso, ao lado de Maceió, Recife era a capital mais desigual do Brasil, com um índice de Gini de 0,68.²² Embora a pobreza tenha caído de 38,4% em 1991, para 31,5% em 2000²³, a desigualdade de 0,67 em 1991, atingiu 0,68 no ano 2000. Ou, talvez o aumento de renda verificado nos últimos dez anos – cresceu 29,47%, passando de R\$ 303,12 no ano de 1991, para R\$ 392,46 em 2000 – foi mal distribuído entre a população da cidade. Esse problema irá refletir nas configurações territoriais da cidade, e mesmo no formato da assistência da saúde. Assim as Unidades de Saúde as Família, os Postos-sede do Programa de Saúde da Família nas áreas atendidas pelo PSF estão geralmente nas ‘portas’ das comunidades pobres, servindo por vezes como ponte entre o extra e o intracomunitário.

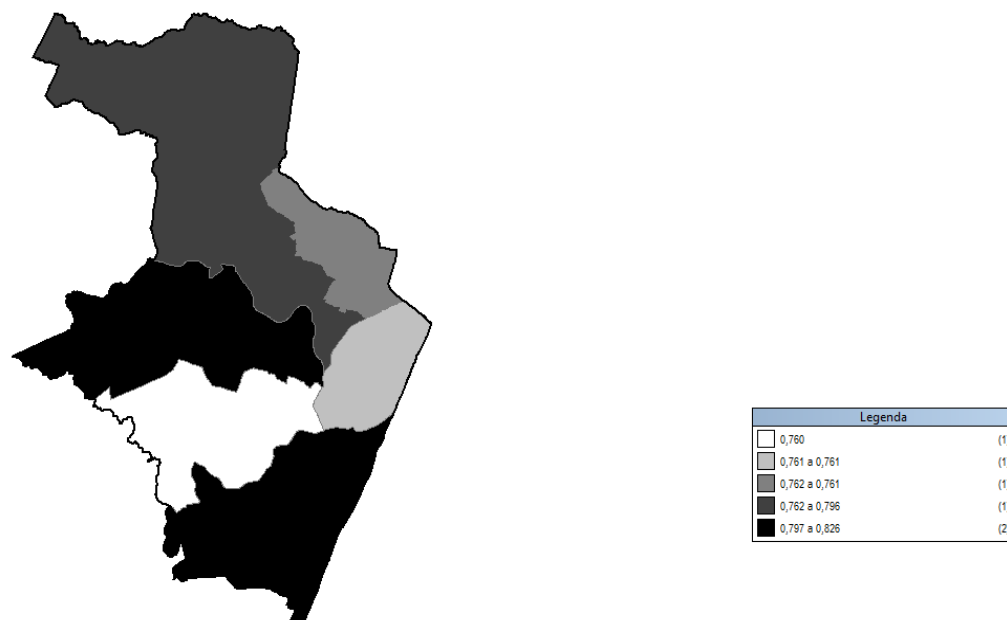
Como se observa na figura abaixo, em que aparece a divisão em Distritos Sanitários da cidade do Recife, o Índice de Desenvolvimento Humano- IDH do Distrito

²²Fonte: PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2003. CD-ROM.

²³Fonte: RECIFE. Prefeitura; PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

4, a região do centro a esquerda,destacada em preto, é comparável com o do Distrito 6, região nobre da cidade.

Figura 1 – Índice de desenvolvimento Humano por Distritos Sanitários do Recife

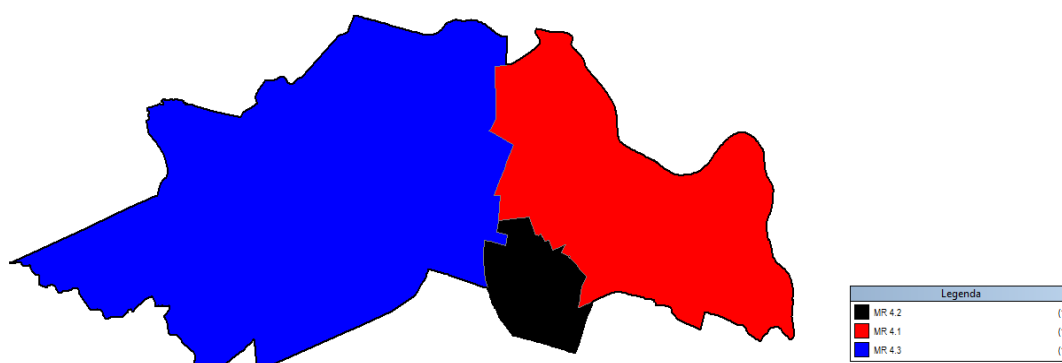


Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Entretanto, a população do distrito sanitário 4 em geral, está longe de desfrutardo que esse indicador de qualidade de vida parece colocar. Em vista disto, a categorização do espaço por distrito sanitário, por ser muito abrangente, serve como um primeirotecorte, mas não dá conta das especificidades locais, principalmente porque estamostratando de comunidades carentes. A atenção fica, portanto, sobre as Microrregiões²⁴, recortes intra-distritais. No Distrito 4, há três dessas regiões conforme se observa abaixo.

²⁴As Regiões Político-Administrativas, e microrregiões, foram idealizadas em 1995, pela Secretaria de Políticas Sociais, para organizar as reuniões do Orçamento Participativo, sendo regulamentada pela Lei municipal nº16.293, de 1997.

Figura 2 - Microrregiões do Distrito Sanitário 4 - Recife



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

Certamente, as microrregiões implicam também algumas distorções internas em termos de renda, escolaridade, padrão de construção das moradias etc. Ou seja, mesmo as áreas pobres na cidade não são homogêneas, conforme se verifica na tabela abaixo, em que apresentamos as Microrregiões detalhadas em termos de UDH, as Unidades de Desenvolvimento Humano na cidade do Recife.

Tabela 2 - Indicadores sociais selecionados

UDH	Percentual de crianças Pobres ²⁵ , 2000	Percentual de pessoas que vivem em domicílios sem banheiro e água encanada simultaneamente, 2000.	Razão de dependência, 2000. ²⁶
IPUTINGA - AP Alto do Céu, Monsenhor Fabrício.	15,11	15,56	46,17

²⁵ Distância que separa a renda domiciliar per capita média dos indivíduos pobres (com renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza de R\$ 37,75) do valor da linha de pobreza.]

²⁶ Nas visitas domiciliares realizadas pelos médicos e enfermeiras atuam de forma complementar as visitas realizadas pelos ACS. Na verdade são esses profissionais que s visitas domiciliares, por parte dos enfermeiros, acompanhamento acamados, doentes mentais, crianças, grávidas, ou qualquer outro que precise de acompanhamento específico.

IPUTINGA - Zeis Vila União / AP Detran	31,34	24,33	58,08
MADALENA / TORRE - Zeis: Sítios Cardoso e Berardo	24,20	19,53	50,71
Microrregião 4.1	23,55	19,81	51,65
TORRÕES - Zeis: Torrões e Vietnã	25,81	14,85	53,27
ENGº DO MEIO / CORDEIRO / IPUTINGA - Bom Pastor	7,97	1,44	42,64
Microrregião 4.2	16,89	8,15	47,95
VÁRZEA - Zeis: Brasilit, Campo Banco e V. Arraes.	30,02	15,36	49,78
VÁRZEA / CAXANGÁ - Zeis Rosa Selvagem	19,55	21,75	50,84
Microrregião 4.3	24,78	18,55	50,31
Total Recife	21,44	16,12	48,75

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife. 2005.

O percentual de crianças que moravam no ano de 2000 em domicílios com renda per capita menor que R\$37,75 é um indicador que demonstra a disparidade interna as UDH, com variação de 15%, caso no bairro da Iputinga, em Monsenhor Fabrício, até mais de 31%, na Vila União, no mesmo bairro da Iputinga. A razão de dependência também é maior na Vila União do que em qualquer outra UDH, o mesmo acontece com respeito ao saneamento, e a água encanada.²⁷

Apesar das disparidades internas às microrregiões, como se observa pelos indicadores de desigualdade e de pobreza das UDH, inicialmente, com o intuito de facilitar a visualização das imagens, o entendimento dos sociogramas e mesmo para permitir comparações com o caso de Porto Alegre, trabalharemos com categorizações aplicadas as organizações e aos Agentes Comunitários de Saúde com base nas três microrregiões.

Optamos por apresentar as categorizações separadas das imagens já que serão as mesmas em todos os sociogramas nesta seção do trabalho. Por meio dos primeiros sociogramas iremos observar a forma como os ACS estão conectados com organizações

²⁷ Nosso foco neste trabalho não é a desigualdade, ou mesmo a pobreza, levantamos estes temas para realizar uma breve caracterização das áreas que iremos analisar.

da sociedade civil de vários tipos. Em seguida traremos os sociogramas que mostram a forma como os usuários estão conectados aos Grupos do PSF.

Quadro 7 - Categorização dos ACS por Microrregião

Micro região	Imagem no Sociograma
4.1	Quadrado vermelho
4.2	Quadrado preto
4.3	Quadrado azul

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Para o caso das entidades, trabalhamos com uma categorização baseada em nossa discussão das esferas de sociabilidade, conforme descrito abaixo.

Quadro 8 - Categorização das organizações por tipo

Categorias	Imagem no Sociograma
Organização Não Governamental	Círculo cinza
Entidade Governamental	Triângulo <i>up</i> verde claro
Igreja	Triângulo <i>down</i> amarelo
Organização religiosa	Caixa azul claro
Associação Comunitária	Círculo na caixa verde

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

O sociograma abaixo mostra os ACS e as organizações que estes profissionais se relacionam. As categorizações aplicadas, e a própria estruturação da malha associativa dos ACS em torno das comunidades permite uma análise em termos de sub-redes, conforme destacamos no sociograma.

[illegible]

O destaque em azul, à esquerda, concentra os ACS e organizações sociais do bairro do Engenho do Meio, ao lado, no centro do sociograma, temos o destaque vermelho, que representa a sub-rede da comunidade da Roda de fogo. Geograficamente, as duas comunidades são vizinhas, são inclusive as duas que integram a microrregião

4.2. Na rede, elas aparecem lado a lado, mas sem qualquer integração.

122

comunidade os laços entre ACS e associações locais são poucos, e não há elementos expressivos em termos de centralidade nesta sub-rede.

A comunidade da Roda de Fogo tem um histórico de luta que remonta a 1987, quando várias famílias começaram a ocupar um terreno de 60 hectares pertencente ao Governo Federal que seria destinado a construção de um conjunto habitacional. A questão da ocupação foi resolvida a contento, mas a comunidade ainda prescinde de aparelhos públicos de qualidade. Nesta comunidade estão os ACS com mais centralidade na estruturação, eles estão conectados a organizações que também tem graus de centralidade bastante expressivos. Pode se dizer inclusive que, na Roda de Fogo estão as únicas organizações que podemos classificar como típicas da esfera de sociabilidade primária com destaque no que se refere à centralidade em toda a estruturação, nos referimos a Associação de moradores local, ao Clube de Mães e a Associação de Costureiras. São agrupamentos tipicamente da sociabilidade primária, pois potencialmente agregam pessoas da comunidade em torno de questões compartilhadas. A centralidade relativamente bem distribuída e a concentração de laços nesta comunidade expressa a boa inter-relação local entre as entidades.

O destaque azul, à direita, agrega os ACS da Vila União, nesta comunidade, Localizada no Bairro da Iputinga, na microrregião 4.1, é interessante notar a forte presença de entidades religiosas – representadas na imagem pelos triângulos amarelos. Em todas as comunidades as Igrejas e entidades religiosas aparecem, mas na Vila União, a área detentora dos piores indicadores sociais selecionados, como vimos na tabela 01, essas entidades aparecem em número maior e com mais centralidade.

O retângulo preto alongado representa a comunidade do Vietnã, com poucos contatos e sem entidade que articule os ACS. Importa observar que há um ACS da comunidade que tem grande centralidade, este profissional está conectado a entidades

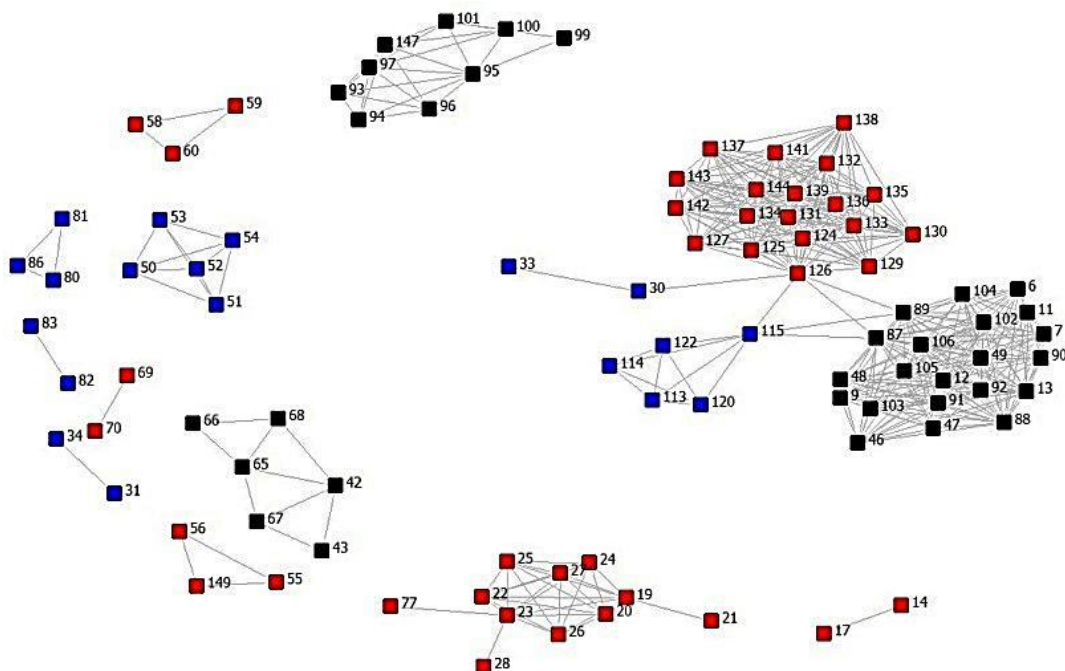
fora de sua comunidade, na comunidade de Brasilit. Os laços entre ACS e organizações sociais da comunidade de Brasilit aparecem no topo da imagem, por conta de sua configuração separada do centro da rede, não aparecem nodos expressivos em termos de centralidade, entretanto pela quantidade de associações comunitárias que concentra, demonstra ser bem interconectada localmente.

Por fim, acima e a esquerda, a sub-rede em que aparecem os elementos mais centrais da rede, correspondendo a comunidade de Santa Luzia, no Bairro da Torre, microrregião 4.1. A ONG CEPAS – Centro de Ensino Popular e Assistência Social do Recife Santa Paula Frassinetti – é dos nodos mais centrais da estruturação, já que foi citada por quase todos os ACS da Comunidade Santa Luzia. Algo parecido acontece com o Projeto Barnabé que tem também citação de vários ACS da área. Nesta parte da rede outro fato chama atenção além da centralidade das ONGs: a grande quantidade de ACS na configuração, um possível indicador do reconhecimento dos trabalhos das entidades parceiras. Por outro lado, ao lado dessas organizações com expressiva centralidade, temos uma vizinhança de nodos em que prevalece elementos com baixa centralidade, ou seja, há uma grande concentração de poder em poucas entidades, o que pode ser bom para o ator social mais geralmente é ruim para os que o cercam, pois implica no mais das vezes em dependência excessiva em relação aos elementos centrais.

A forma como a pesquisa de campo foi realizada, na qual os ACS indicam as entidades parceiras, não permite uma indicação direta do contato entre os ACS. Um recurso que o software UCINET oferece pode nos ajudar a compreender a possível forma de contato, ainda que indireto, entre os ACS. A ferramenta de afiliação constrói uma matriz de rede que gera o contato entre os ACS por meio de sua inserção nas entidades. Chamamos este tipo de rede de indireta, ou baseada em transitividade, pois não há, a rigor, como afirmar que um ACS ‘a’ que tem parceria com uma entidade ‘x’

conheça outro ACS 'b', com base no fato deste último ter também parceria com a mesma entidade. A probabilidade de haver o contato é grande, ainda mais quando tomamos em consideração o fato de estarmos trabalhando com organizações, em sua maioria de pequeno e médio porte. Ainda assim, a rede apresentada no sociograma abaixo informa mais sobre a possibilidade de contato entre os nodos que sobre a conexão efetiva entre eles. A informação é elucidativa, pois mostra que os nodos formam uma rede que interliga ACS das três microrregiões, ainda que a predominância seja das microrregiões 4.1 e 4.2. Aliais a densidade dentro das sub-redes das microrregiões é considerável, mas o contato entre elas, quando há, é feito por poucos nodos. Os nodos representam os ACS e as cores, as mesmas apresentadas no sociograma 1, correspondem as Microrregiões do Distrito 4.

Sociograma 2 - Rede de afiliação dos ACS em Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

A sub-rede maior e interconectada é cercada por pequenas outras que conectam ACS nas suas respectivas microrregiões, são sub-redes extremamente locais e embora

duas delas – ambas no centro da imagem, uma acima outra abaixo – tenham boa densidade de contato interno, são inexpressivas quanto comparadas com a densidade na parte mais importante da rede.

É possível perceber que as sub-redes de afiliação dos ACS das microrregiões 4.1 e 4.2 são bastante integradas, agrupando uma boa quantidade de ACS. Estes mesmos profissionais, nas comunidades da microrregião 4.3, por outro, aparecem bastante fragmentados. Talvez contribua para tal dispersão a extensão desta microrregião e o relativo isolamento das comunidades nela localizadas. Este fato também pode explicar a falta de conexão dos ACS da microrregião 4.3 em relação aos demais profissionais das USF das outras microrregiões. As USF das microrregiões 4.2 e 4.1 estão em sua maioria geograficamente próximas, no caso da microrregião 4.3 as distâncias são maiores, talvez por isso haja poucos contatos dos profissionais desta área com os demais profissionais das outras regiões. A tabela de densidade²⁸ de contatos entre os ACS, montada com base nos dados que geraram o sociograma acima, demonstra o que estamos colocando.

Tabela 3- Densidade dos ACS por Microrregião

	4.1	4.2	4.3
4.1	0.1393	0.0007	0.0007
4.2	0.0007	0.3856	0.0013
4.3	0.0007	0.0013	0.0571

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

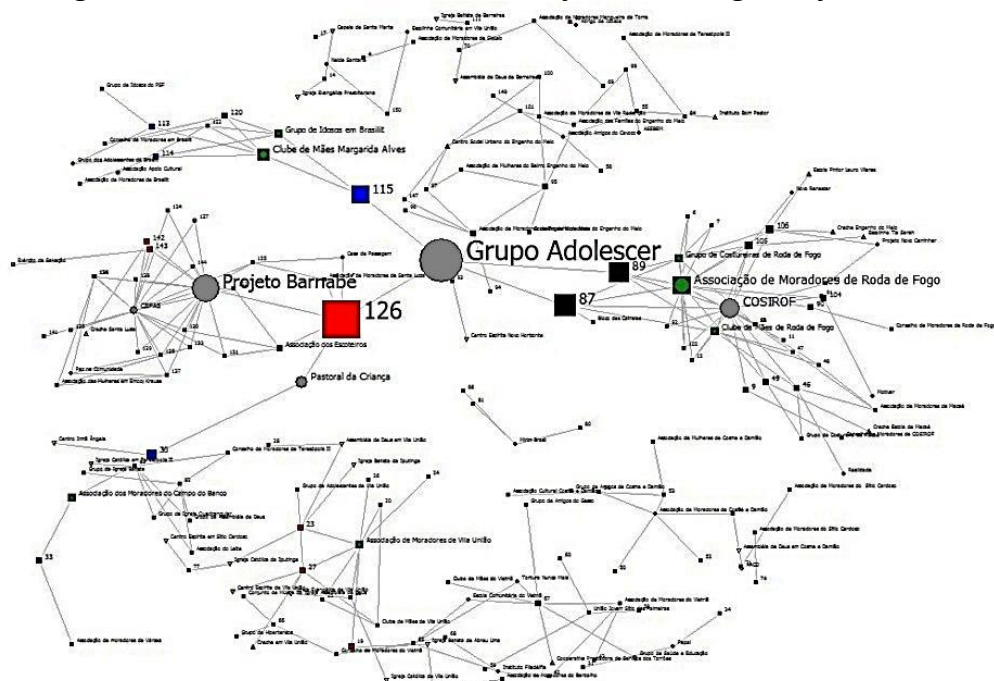
Aparentemente há relação entre a proximidade geográfica e as possibilidades de contato entre os ACS, na medida em que a maior densidade aparece exatamente na Microrregião onde as USF estão geograficamente mais próximas, a microrregião 4.2. Com uma densidade de 0.3855. A densidade da microrregião que tem a maior extensão geográfica, a 4.3, é a mais baixa; as USF estão mais afastadas, e os ACS tem pouco

²⁸A densidade se refere a proporção de linhas existentes com relação ao máximo de linhas possíveis. A densidade pode variar de 0 a 1.

Alguns ACS também aparecem como pontos importantes, mas de modo mais discreto. A estruturação é bastante descentralizada e não apresenta entidades governamentais de forma destacada; esse tipo de organização poderia atuar como pontos nodais entre os pontos mais extremos da rede. De modo geral, o que temos é uma rede agrupada de forma territorial, em alguns casos, fundadas nas comunidades atendidas pelo PSF. Poucos são os contatos entre essas sub-redes, quanto há, estes contatos são estabelecidos por alguns poucos ACS e ONG.

No centro e acima, vários ACS de uma mesma microrregião, a 4.1, aglutinam-se em torno de duas ONG, são elas, como já tratamos acima, os nodos mais centrais da rede. Outra área que adensa ACS de uma mesma área fica, gira em torno do COSIROF (Comissão de Saúde Independente da Roda de Fogo) e das associações comunitárias da microrregião 4.2. Os ACS da microrregião 4.3, como vimos, aparecem bastante dispersos na imagem, o que indica, a princípio, que não há entidades fortes na região capazes de centralizar parcerias.

Sociograma 4 - Centralidade de intermediação ACS e organizações - Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

A capacidade de intermediação na rede social é particularmente importante no caso das redes ligadas a saúde comunitária, pois demonstra a condição de interconectividade dos membros e a potencialidade de ocorrer trocas de experiências entre os diversos pontos da rede. Para o caso da estruturação dos ACS e organizações sociais do Recife, é possível verificar que poucos ACS aparecem de modo destacado.

Observa-se, pelo sociograma, que em termos de centralidade de intermediação a rede divide-se em duas partes com características distintas. A parte superior demonstra uma região que depende fortemente de elementos que funcionem com ponte entre as sub-redes comunitárias. A parte inferior, por outro lado, apresenta fator de desintegração considerável, não possuindo nodos que funcionem como elementos integradores entre os contatos.

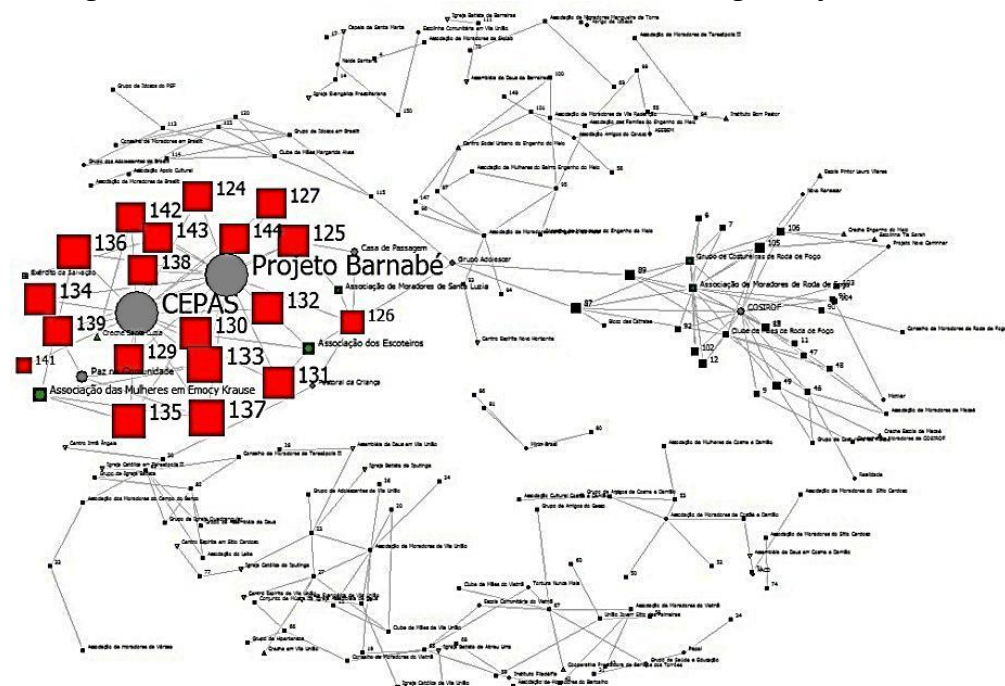
Mais uma vez, algumas ONGs e uma associação de bairro aparecem com destaque, levando a crer que a rede é dispersa e poucos nodos funcionam como contato entre as sub-redes comunitárias. Mesmo organizações que apareciam com bom grau de

centralidade, tem pouca capacidade de intermediação, dado o perfil localizado da maioria dos contatos. O contato entre as microrregiões 4.1 e 4.2, por exemplo, é viabilizado por apenas um ACS e pela ONG Adolescer.

Para um indivíduo ou organização, dentro de uma perspectiva estritamente individualista, por exemplo, pode ser importante concentrar tanto poder de articular informações entre pontos distantes de uma rede. Entretanto, dentro da perspectiva democratizante do PSF, este fato é preocupante, pois haver tal concentração faz com que as redes dependam da ação destes poucos nodos. Quando nas redes circulam recursos de fundo social, como é o caso dos recursos que fazem funcionar a saúde coletiva territorializada, a concentração de recursos pode ser um empecilho à resolubilidade do sistema, e particularmente na saúde primária.

O sociograma a seguir, mostra o grau de proximidade entre os nodos da rede do Distrito Sanitário 4.

Sociograma 5 - Centralidade de Proximidade ACS e Organizações



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Neste sociograma a aproximação - eigenvector- entre os nodos pode ser classificada em três categorias. Primeiro há que se observar a proximidade inexpressiva em grande parte da rede. Nenhuma comunidade da microrregião 4.3 aparece com grau de proximidade importante, sugerindo que nestas localidades a territorialização em rede de parcerias não tem sido uma prática, demonstrando, mais uma vez a dispersão, que encontramos com outras medidas de rede.

O nível intermediário é representado pela sub-rede da microrregião 4.2, na qual as associações comunitárias são bastante importantes. Diferente da sub-rede da Microrregião 4.1, os nodos, mais próximos dos ACS, neste caso, são as associações comunitárias. O que não quer dizer que não há nessa área ONG, o formato da sub-redes parece indicar que a diversidade de associações locais e o poder aparentemente distribuído entre elas, tornou este território menos centralizado.

Por outro lado, uma proximidade muito importante integra os ACS da microrregião 4.1 – não exclusivamente, mas principalmente, ACS da USF Emocy Krause, na comunidade de Santa Luzia – as ONGs CEPAS e Projeto Barnabé, e três associações comunitárias. Nesta parte da rede está o que aparenta ser a melhor estruturação territorial, onde a articulação entre as ONGs que funcionam como integradores tanto locais quanto para fora da sub-rede, são de fato próximas às associações comunitárias. Entretanto, a equipe médica da USF desta comunidade, ainda ressentem-se de não ter atividades contínuas com as organizações sociais presentes na comunidade²⁹, ou seja, apesar da boa quantidade de organizações, da proximidade geográfica que se reflete na proximidade na estruturação e mesmo, por vezes da disposição em trabalhar em parceria, há várias dificuldades no relacionamento. Trataremos de modo mais específico destes problemas quando explorarmos o discurso

²⁹ Teremos a oportunidade de aprofundar esse problema mais a frente.

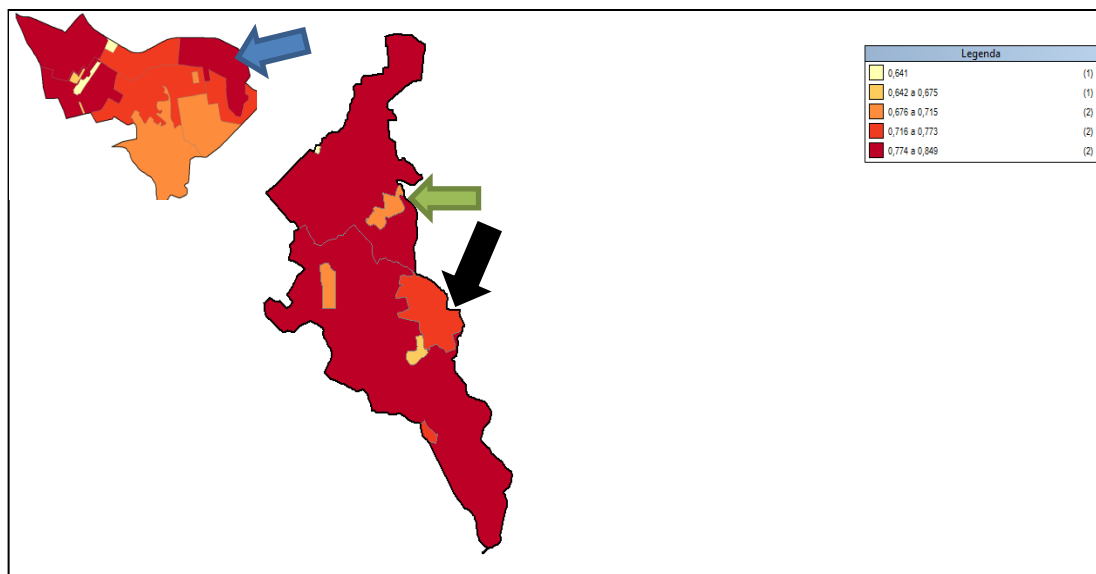
dos membros das Equipes de Saúde nas várias comunidades em análise. Por agora, tratemos das redes que conectam os ACS às organizações sociais em Porto Alegre.

4.1.2 Redes de parceria dos ACS em Porto Alegre

Em termos de gestão das políticas de saúde em nível municipal, Porto Alegre tem uma organização territorial relativamente parecida com a utilizada no Recife, assim como no Recife, há seis Gerências Distritais (GD). Como havíamos colocado no capítulo anterior, trabalharemos com a Gerência Distrital (GD) Lomba do Pinheiro/Partenon. Essa região é composta por três bairros: Lomba do Pinheiro, Partenon e Agronomia. A divisão em três bairros será nossa base de categorização para os Agentes Comunitários de Saúde. A área da Gerência da Lomba do Pinheiro/Partenon é menor que a área do Distrito 4 do Recife, logo, há menos Bairros e conseqüentemente menos ACS atuando na região.

A título de caracterização apresentamos o mapa abaixo com os três bairros que compõem a GD que iremos trabalhar: à esquerda temos o bairro Partenon, e a direita tem Lomba do Pinheiro e Agronomia.

Figura 3 – Unidade de Desenvolvimento Humano da Gerencia Distrital Lomba do Pinheiro - Porto Alegre



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre

As áreas onde as Unidades de Saúde da Família estão instaladas são as comunidades Jardim Bento Gonçalves, no Bairro Paternon, a região em vermelho, indicada pela seta azul. A área indicada pela seta verde corresponde a Vila Esmeralda e Vila Herdeiros, no Bairro da Agronomia, e por fim, a região densa da Lomba do Pinheiro, em laranja, apontada pela seta preta.

Durante a análise, nos reportaremos aos bairros, entretanto nossa unidade de análise são as acima referidas regiões, que correspondem as UDH conforme a tabela abaixo.

Tabela 4 - Indicadores Sociais Selecionados das UDH em Porto Alegre

UDH	Percentual crianças pobres, 2000	Percentual de pessoas que vivem em domicílios sem banheiro e água encanada simultaneamente, 2000.	Razão de dependên cia, 2000.
AGRONOMIA-Vila Esmeralda	45,30	14,37	63,58
LOMBA DO	27,87	9,58	55,43

PINHEIRO-Densa			
<i>PARTENON-Intercape Jardim Bento Gonçalves</i>	7,06	0,73	38,26
RM de Porto Alegre	23,24	4,59	46,09

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre

Os dados da tabela levam a crer que a região que apresenta maior vulnerabilidade está no bairro da Agronomia. Chama atenção o percentual de crianças podres, de mais de 45%. A UDH menos vulnerável está no Bairro Partenon, inclusive nesta UDH os índices são melhores que a média da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Assim como fizemos para o caso de Recife, dispomos os nodos que representam os ACS segundo a tipologia que aparece na tabela abaixo e que será utilizada em todos os sociogramas desta seção.

Quadro 9 - Categorização dos ACS em Porto Alegre

UDH	Imagem no Sociograma
1 - Agronomia	Quadrado preto
2 - Lomba do Pinheiro	Quadrado vermelho
3 - Partenon	Quadrado azul

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre

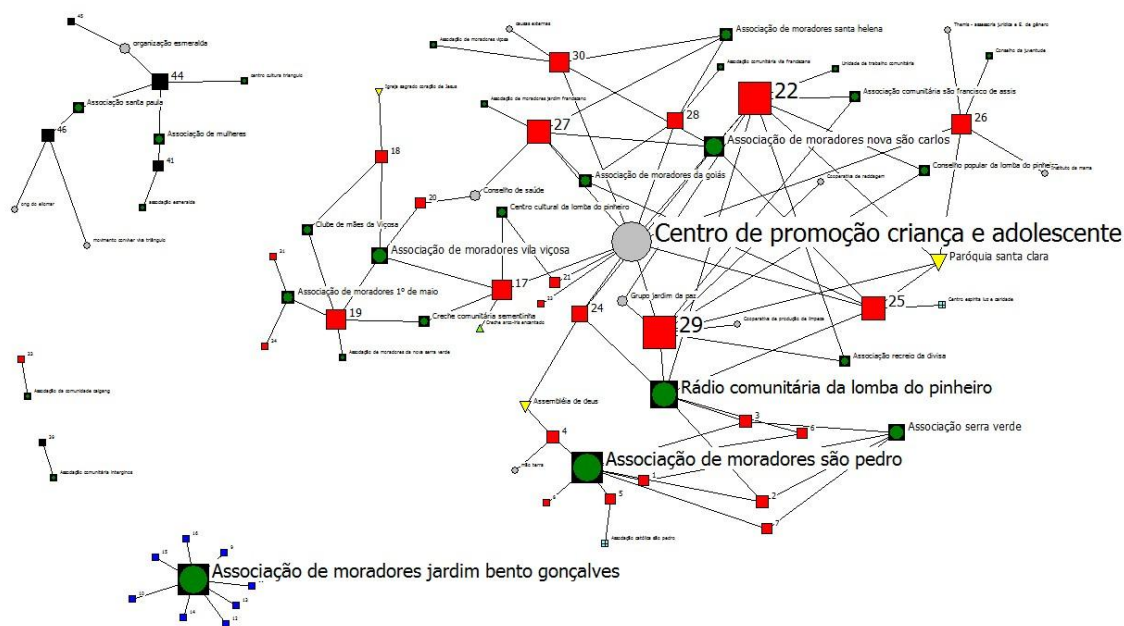
No mesmo sentido de tornar mais claras as análises e permitir comparações, utilizaremos para as organizações presentes nas comunidades em Porto Alegre, as mesmas categorias do caso de recife.

Quadro 10 - Categorização dos tipos de organização em Porto Alegre

Categorias	Imagem no Sociograma
Organização Não Governamental	Círculo cinza
Entidade Governamental	Triângulo <i>up</i> verde claro
Igreja	Triângulo <i>down</i> amarelo
Organização religiosa	Caixa azul claro

A configuração da rede de apoio ao PSF em Porto Alegre, se por um lado tem uma proporção menor que a rede do caso do Recife, o distrito quatro tem 152 ACS, e a Gerência da Lomba do Pinheiro tem 46 destes profissionais. Por outro lado, em Recife foram citadas noventa e nove organizações, no caso de Porto Alegre, são quarenta e cinco entidades, o que implica dizer que temos praticamente uma organização para cada profissional na capital gaúcha.

Sociograma 6 - Rede dos ACS e organizações de Porto Alegre com Grau de centralidade



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

A observação do sociograma da rede em Porto Alegre indica que os níveis de participação dos ACS tem uma variação muito grande quando comparamos os três bairros. As comunidades localizadas no bairro da Lomba do Pinheiro concentram grande parte das Associações, ONG, e os demais tipos de organização de apoio aos

ACS. No bairro Partenon todos os ACS da localidade – nodos quadrados azuis, no canto esquerdo do sociograma – citam a associação de moradores local; segundo o sociograma, a única que apoia os trabalhos nas comunidades atendidas.

Os ACS do Bairro Agronomia – sub-rede que aparece acima e a esquerda no sociograma – tem quatro ACS que citaram organizações entre ONG e associações comunitárias nas Unidades de Saúde da Família em Vila Esmeralda e Vila Herdeiros. As conexões ainda que poucas, quando comparadas com a sub-rede da Lomba do Pinheiro, são mais diversificadas que a do bairro Partenon, o que implica dizer que potencialmente os profissionais de saúde tem acesso a recursos mais diversificados, advindos tanto da rede apoio local, representada pelas associações de moradores, quanto de recursos externos, advindos das ONG presentes na localidade.

É importante notar que os ACS dos três bairros não se conectam por meio de qualquer entidade, aparentemente não há nenhuma organização com capilaridade suficiente para permitir a troca de experiência entre as USF nos bairros e que faça a ponte entre os profissionais. A falta desse tipo de conexão, ao lado da concentração em torno de poucas entidades – no caso da agronomia de uma única – pode ser um indicador do isolamento dos ACS em torno de suas comunidades. Em termos comparativos com a rede de Recife, lá como havíamos frisado, ainda que em pouca quantidade, há ACS que estão conectados a organizações que não estão localizados em suas comunidades, fazendo com eles sirvam de ponte entre as comunidades. No caso de Porto Alegre, falta essa integração, as distâncias geográficas não justificam o isolamento das regiões da Gerencia Distrital, ao menos não exclusivamente, já que as distâncias em Porto Alegre são menores que as observadas em Recife.

O Bairro da Lomba do Pinheiro é populacionalmente o mais denso, portanto, tem mais Unidades de Saúde da Família, e conseqüentemente mais ACS, como se observa no gráfico abaixo.

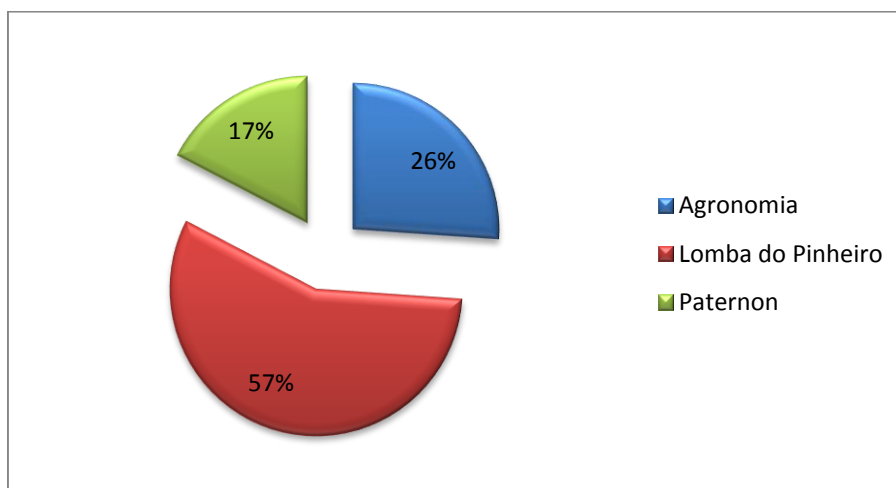


Figura 4 - Distribuição dos ACS por Bairros em Porto Alegre

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

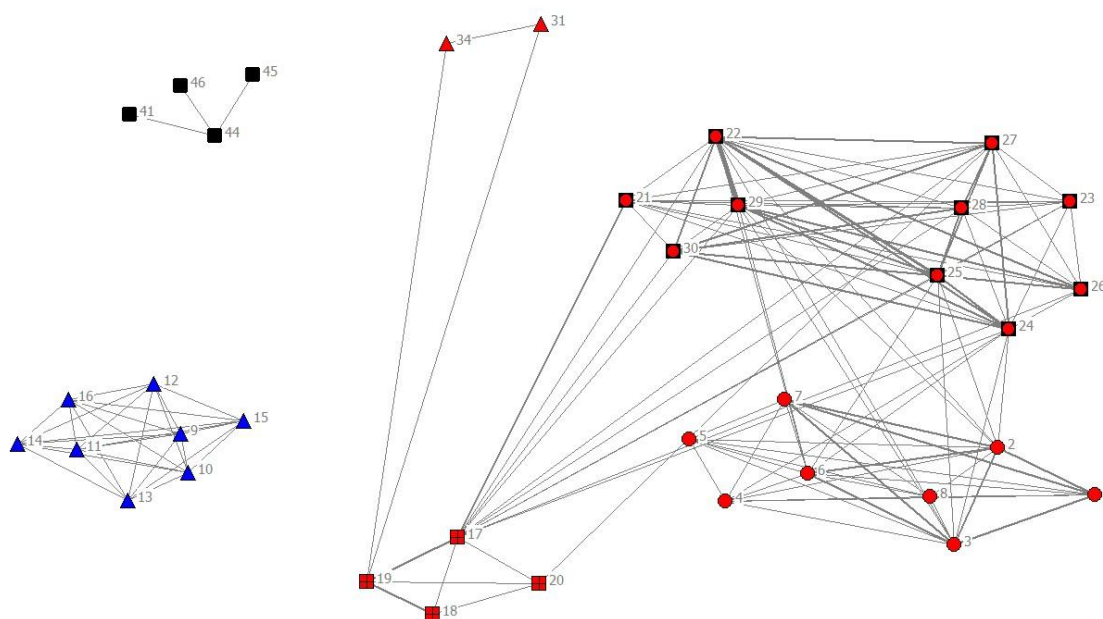
Ainda que se leve em conta a distribuição desigual de ACS nos três bairros, a proporção de organizações na Lomba do Pinheiro conectadas aos ACS é bem maior, como vimos no sociograma acima. Há diversas ONG na comunidade, mas o Centro de Promoção da Criança e do Adolescente, nodo mais central da estruturação é a organização mais lembrada pelos ACS. Vale ressaltar que na cidade do Recife o nodo mais central era também uma ONG.

Na rede aparecem pouco as entidades ligadas ao Estado, comparativamente as Igrejas tem papel mais importante no apoio ao trabalho dos ACS e do PSF nas comunidades. As associações comunitárias aparecem em quantidade importante e no centro da rede da Lomba do Pinheiro, são grupos deste os tradicionais, que congregam moradores, em torno de causas mais gerais, passando por grupos de idosos, de jovens, de mulheres e até uma rádio comunitária. Todas essas organizações são, de algo forma, parceiras no trabalho dos ACS.

Em Porto Alegre acontece algo que no Recife não foi verificado, há vários ACS com grande centralidade, o que indica que o número de entidades citadas pelos ACS nas comunidades desta cidade é maior, sendo maior também a repetição dos contatos entre estes profissionais. Ou seja, potencialmente estas entidades conectam mais ACS em seus espaços de participação, o que pode ter implicação direta nas atividades voltadas a saúde comunitária.

Por conta da concentração dos nodos em torno dos espaços dos bairros, a configuração da rede de afiliação³⁰ dos ACS apresenta a mesma concentração, como denota o sociograma abaixo.

Sociograma 7 - Rede de afiliação dos ACS em Porto Alegre



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

No sociograma, a sub-rede abaixo e a esquerda em azul corresponde ao Bairro do Parternon, nesta região da rede como todos os ACS estavam conectados a uma única entidade, eles aparecem aqui interconectados. A pequena sub-rede do Bairro da

³⁰ Mais uma vez, cabe registrar que este tipo de rede foi montada com base na ideia de transitividade, e estamos admitindo que os ACS estão interconectados por meio das organizações por eles citadas.

Agronomia tem quatro ACS e poucas conexões. Já a estruturação da Lomba do Pinheiro reflete a própria organização territorial do PSF nesta comunidade, mesmo quando se trata de Unidades de Saúde da Família relativamente próximas, a articulação dos ACS é o reflexo de suas relações locais. No sociograma estão dispostos os ACS agrupados em termos de distância, conforme suas USF. É possível perceber a organização territorial dos contatos, pois mesmo quando há contato entre os ACS de distantes USF, os laços mais robustos estão entre os ACS que fazem parte da mesma Unidade. Neste caso, a espessura do laço diz respeito a força da relação.

Tabela 5 - Densidade entre os ACS por Bairros em Porto Alegre³¹

	Agronomia	Lomba do Pinheiro	Partenon
Agronomia	0.0455	0.0000	0.0000
Lomba do Pinheiro	0.0000	0.4615	0.0000
Partenon	0.0000	0.0000	1.000

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

No que se refere a densidade da rede de afiliação dos ACS entre os Bairros, a densidade no Partenon é 1, já que todos se conectam entre si, a densidade no Agronomia é bastante baixa, como vimos um nodo concentra os poucos contatos. Na Lomba do Pinheiro a densidade em torno de 0,5 está dentro do que se espera para redes com boa densidade para transferência de informação (HANEMAN, RIDLEY, 2005). Comparando com as densidades que aparecem nas microrregiões do Distrito 4 do Recife, dois fatos devem ser destacados: primeiro no caso do Recife, existe, ainda que pouco, contato entre as microrregiões, ou seja, é possível trocar informações e conhecimentos entre as comunidades presentes em regiões distintas, no caso de Porto Alegre não existe esse tipo de contato. Outro fato a observar é que a maior densidade no

³¹ Tabela de densidade realizada com base em dados construídos de modo indireto, com base na transitividade de laços entre ACS e as organizações citadas.

caso de Recife está na microrregião 4.2, em torno de 0,3, bem abaixo da observada na Lomba do Pinheiro, a maior observada neste trabalho.

Sociograma 8 - Centralidade de intermediação ACS e organizações - Porto Alegre

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

mais influentes e não só os que concentram poder. Pela observação do sociograma é possível notar que os ACS tem boa centralidade de aproximação, ainda que outros nodos apareçam com destaque, os ACS particularmente da Lomba do Pinheiro demonstram estar bem conectados aos nodos mais importantes na estruturação. Esse tipo de organização é importante, pois indica a proximidade dos nodos em laços centrais para a execução do Programa de Saúde de Família.

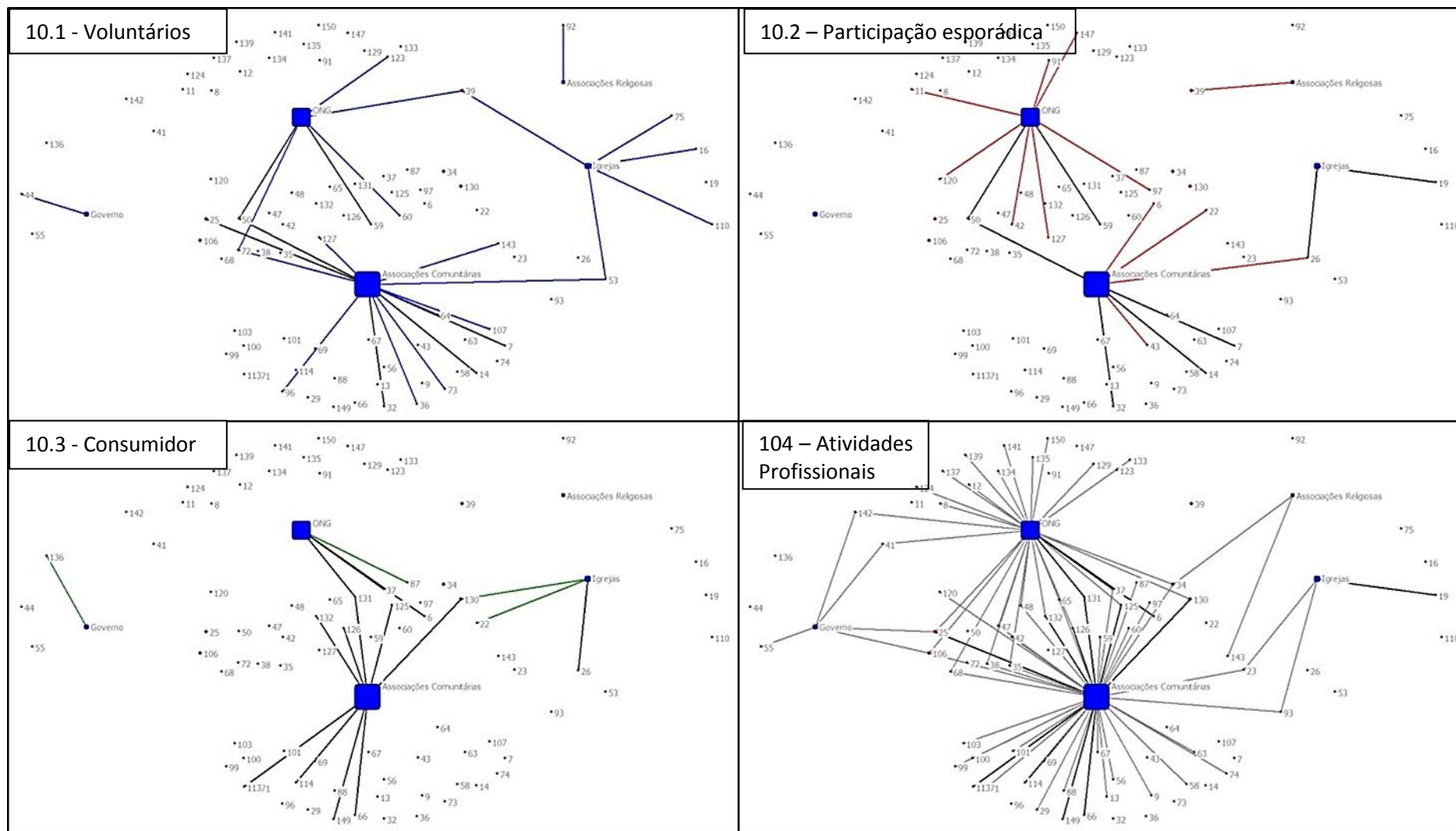
4.2. Recursos e esferas de sociabilidade

Observamos até agora as conexões entre ACS e organizações de diversos tipos, mas para sermos mais específicos precisamos saber como acontece esse contato, que tipo de trabalho de faz em parceria. Ao que parece apenas saber de sua conexão, não responde a nossos problemas, logo é preciso conhecer a forma como os ACS estão conectados as organizações.

Buscamos responder a este problema qualificando as formas de contato entre ACS e organizações. Serão observadas quatro formas de contato: (1) participação enquanto voluntário nas atividades da organização, (2) participação esporádica nas organizações (3) apoio para desenvolvimento de atividades ligadas ao trabalho nas USF e, por fim, (4) a forma de participação enquanto consumidor dos serviços. As entidades estão categorizadas nos sociogramas entre ONG, Estado, Associações Religiosas, Igrejas e Associações Comunitárias. Para o caso das formas de relação, a estratégia de visualização adotada foi a distinção de cores em cada uma das maneiras de participação; vale ressaltar que a linha preta aparece quando há pelo menos dois tipos de contato entre o ACS e a organização parceira.

Da mesma forma que fizemos no momento anterior, apresentaremos primeiro as parcerias do caso de Recife para em seguida tratarmos do caso de Porto Alegre.

Sociograma 10 - Conjunto de Sociogramas: Forma de contato entre ACS e Organizações - Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Os laços verdes, no sociograma de número 4.3 desde conjunto, são os menos frequentes, dizem respeito à forma de contato enquanto consumidor de serviços. Esperava-se, inclusive que, sendo o ACS morador da comunidade que trabalha, houvesse mais profissionais que indicassem esta forma de participação. Supunha-se ser grande a possibilidade deste profissional ser além de Agente, favorecido pelas ações realizadas pelas organizações a nível local. Entretanto, o fato não se verifica para Recife e nem se verificará em Porto Alegre com observaremos a frente. Uma quantidade pequena de ACS declarou ser usuário das atividades ou serviços oferecidos pelas organizações, entre estes, a maioria demonstrou também ter outras formas de participação nas mesmas entidades, são os laços em preto, que aparecem no sociograma.

Também são poucas as conexões de ACS que declaram participar, ainda que de forma esporádica, de atividades nas organizações, mesmo para o caso de associações comunitárias. A rede dos ACS que se colocaram como voluntários nas organizações é mais expressiva, mas ainda assim tímida para profissionais que poderiam ter uma capilaridade maior dentro de suas respectivas comunidades.

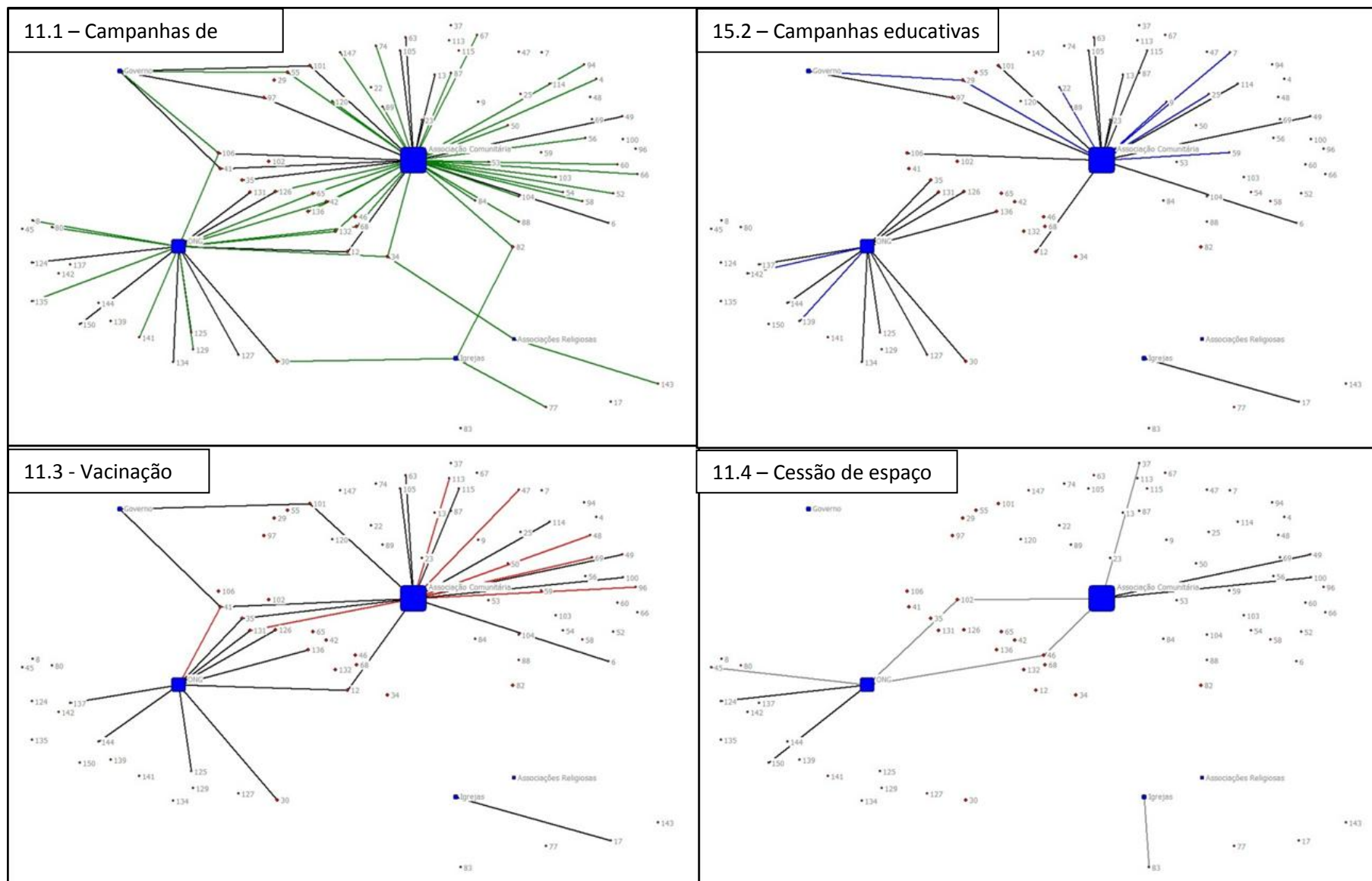
O contato entre os ACS e organizações ligadas ao governo é pequena, essas entidades são as menos centrais neste conjunto de sociogramas. As organizações ligadas ao governo são, por exemplo, escolas, entidades de assistência social etc. O fato de não haver contato entre o PSF e as demais políticas governamentais é um problema particularmente importante, pois indica dificuldade de articulação territorializada das políticas públicas. As igrejas, ao lado das associações religiosas, tem uma participação maior, mas ainda assim pequena em relação as associações comunitárias e ONG.

Os contatos mais numerosos dizem respeito exatamente às parcerias motivadas por questões profissionais, tipo de contato que corresponde às linhas na cor cinza. Pode se apreender destas formas de contato que, apesar dos ACS residirem nas comunidades

que trabalham, a participação destes na vida associativa local, seja nas Igrejas, ONG e Associações etc. é pouco expressiva, sendo a forma de contato mais recorrente a busca de apoio para desenvolver trabalhos ligados diretamente a execução das atividades de apoio a saúde coletiva. O tipo de organização mais procurado são as associações comunitárias, daí sua centralidade destacada no sociograma.

Observamos que a forma de contato mais destacada é aquela que articula ACS e organizações tendo como objetivo questões ligadas ao trabalho em saúde. Falta ainda saber quais atividades de trabalho dos ACS que demandam parcerias locais para execução. A questão parte do problema seguinte: tendo em vista que as organizações são acionadas em sua maioria para atividades de trabalho dos ACS, que tipo de atividades são, ou seja, qual o tipo de recurso que estes profissionais vão buscar em sua rede social local? Mais uma vez utilizaremos um conjunto de sociogramas para demonstrar as diversas formas de contato entre as partes no território comunitário no que se refere especificamente aos trabalhos votados para a saúde comunitária.

Sociograma 11 - Conjunto de Sociogramas: tipos de atividades em saúde, ACS e Organizações - Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Percebe-se que igrejas, associações comunitárias e ONG cedem espaço para realização de trabalhos em saúde, é o que podemos ver no quarto sociograma do conjunto acima, no qual os contatos são representados pelos laços cinza. É preciso frisar que este tipo de participação, a cessão de espaço, não aparecia originalmente no questionário, foi uma demanda dos entrevistados³², indicativo do problema do PSF com o espaço reduzido das USF. Trataremos mais especificamente dos problemas estruturais das Unidades de Saúde na próxima sessão deste capítulo.

As atividades de educação para o combate de DST, e as campanhas de vacinação, nos sociogramas representados pelas ligações em azul e em vermelho, respectivamente, aparecem com proporção relativamente parecida. Os ACS estão mais conectados com as organizações para campanhas de saúde, representados pelas linhas verdes, no primeiro sociograma deste grupo. Apenas nesse tipo de atividade os profissionais do PSF estão conectados a todos os tipos de organizações citadas.

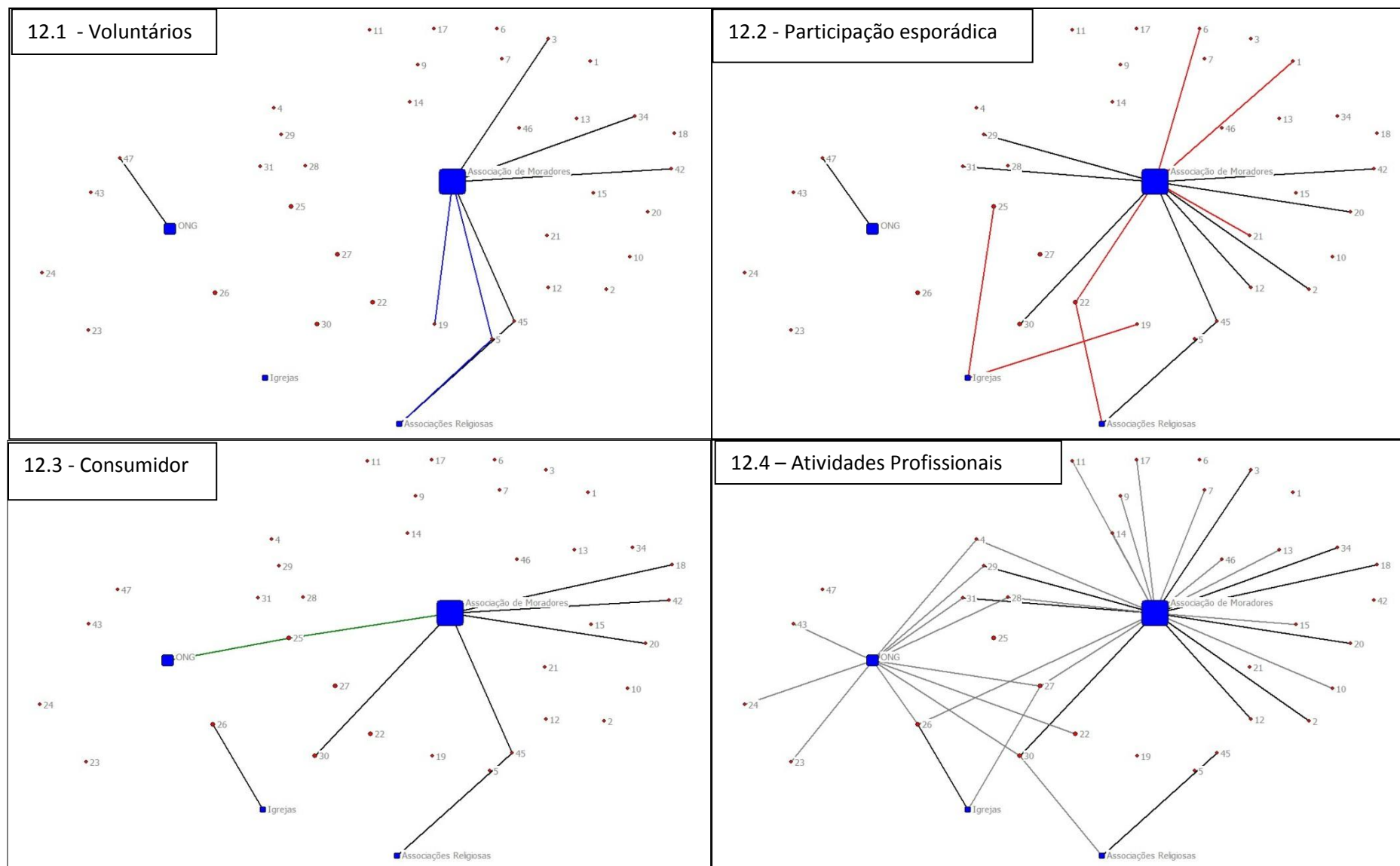
Mais uma vez o tipo de organização mais requisito são as associações comunitárias, a centralidade destas organizações está bem acima da centralidade das ONG nestes sociogramas. As Igrejas e Associações religiosas são pouco citadas, mas aparecem na estruturação particularmente nas campanhas educativas voltadas para a saúde. Levando em conta os dois conjuntos de sociogramas, podemos colocar que em Recife a articulação entre ACS e organizações sociais, particularmente ONG e associações comunitárias é feita preponderantemente quando as atividades de trabalho das Equipes de saúde das USF demandam articulações comunitárias. Entre as atividades que demandam essa articulação, a que mais se destaca é a parceria em torno das

³² Havia no questionário aplicado o campo ‘outras formas de parceria’, vários entrevistados, tanto em Recife, quanto em Porto Alegre, citaram neste campo que uma das parcerias importantes se referia ao ato de ceder espaço para reuniões.

atividades de educação em saúde, com participação de várias formas de organizações locais, com destaque para as associações comunitárias.

Tal qual fizemos para o caso do Recife, em Porto Alegre analisaremos as formas de participação dos ACS nas organizações presentes em suas comunidades por meio de grupos de sociogramas. Para facilitar as comparações, utilizaremos a mesma categorização aplicada as organizações da capital pernambucana.

Sociograma 12 - Conjunto de Sociogramas: Forma de contato entre Acs e Organizações - Porto Alegre



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

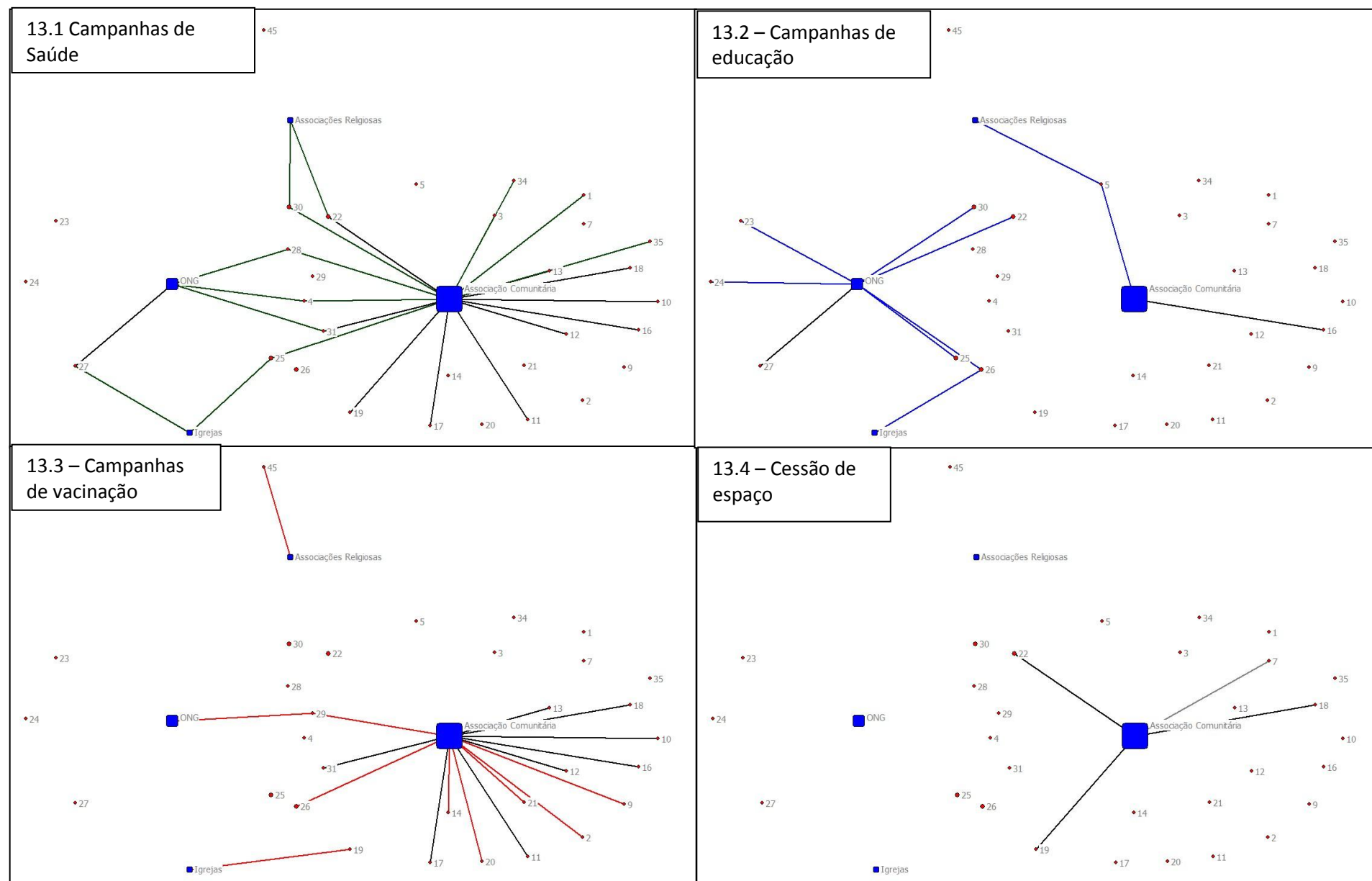
Ainda que em proporção menor, a estruturação da rede da forma de participação dos ACS nas Organizações em Porto Alegre, segue a mesma tendência observada em Recife. Poucos profissionais declaram participar das entidades de modo contínuo, nas atividades cotidianas, como reuniões, definições de ações etc. Poucos são também os exclusivamente consumidores de serviços prestados pelas organizações. A forma mais expressiva de contato é efetivamente a parceria para os trabalhos em torno das atividades ligadas a promoção da saúde e prevenção de doenças. Alias está entre as atribuições do ACS prevista na lei 11.350 a

Promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; (...) o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; (...) a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006)

É possível comparar algumas coisas em relação à rede de Recife. No caso da capital pernambucana, as organizações do Estado apareciam com poucos contatos; no caso de Porto Alegre, elas simplesmente não fazem parte dos contatos efetivos. Ou seja, o trabalho da Equipe de Saúde nas USF acontece nem qualquer contato com outros aportes do Estado, como escolas, creches, órgãos de apoio social etc. Outro traço distintivo nas estruturas reticulares é a distribuição da centralidade entre ONG e Associações comunitárias. Em Recife, o papel desses dois tipos de organização era mais equilibrado, na capital gaúcha as associações comunitárias são destacadamente mais centrais; aparentemente a rede local em Porto Alegre está mais apoiada em laços primários, estes, geralmente ligados a recursos como apoio familiar, amizade e confiança, segurança e proximidade.

Agora que observamos que as associações locais são as mais presentes nos trabalhos do PSF precisamos saber quais as atividades que se realizam em parceria. O

conjunto de sociogramas abaixo apresenta as forma de apoio das organizações sociais para o trabalho dos ACS.



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Assim como em Recife, nas comunidades de Porto Alegre a atividade de educação e promoção a saúde, contatos que aparecem na cor verde, no sociograma 13.1 deste conjunto de sociogramas, é a que mais demanda apoio de Associações, ONG, associações religiosas e Igrejas.

Para campanhas educativas sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) identificadas pelo sociograma com os contatos azuis – sociograma 13.2 –, a parceria em Porto Alegre é maior com as ONG, padrão diferente do caso de Recife, no qual as associações, são mais importantes para esse tipo de atividade.

Proporcionalmente, os contatos para trabalho com vacinação – sociograma 13.3 – nas comunidades demandam mais parcerias em Porto Alegre. Sendo inclusive mais importante que as atividades de controle das DST. Tal qual em Recife, aparece a questão da cessão de espaço para que os ACS e as Equipes de Saúde realizem trabalhos de promoção e educação em saúde – sociograma 13.4.

As observações gerais dos dois conjuntos de sociogramas sobre a parceria dos ACS em organizações locais em Porto Alegre levam a conclusões parecidas com o que houvera sido observado em Recife, a forma de participação mais destacada é o contato para trabalhos de saúde ligados diretamente ao PSF e o tipo de atividade que mais conecta ACS às organizações são as atividades de educação em saúde.

Tratamos até aqui da relação dos ACS com as organizações presente nas comunidades atendidas pelo PSF. A partir de agora trataremos da rede construída com base na participação da comunidade nos grupos do PSF. Ou seja, antes estávamos preocupados com a participação dos ACS ‘para fora’ das Unidades de Saúde da Família, agora queremos saber como funciona a participação das famílias nos Grupos do PSF.

Tabela 6 - Descrição rede das famílias Recife e Porto Alegre

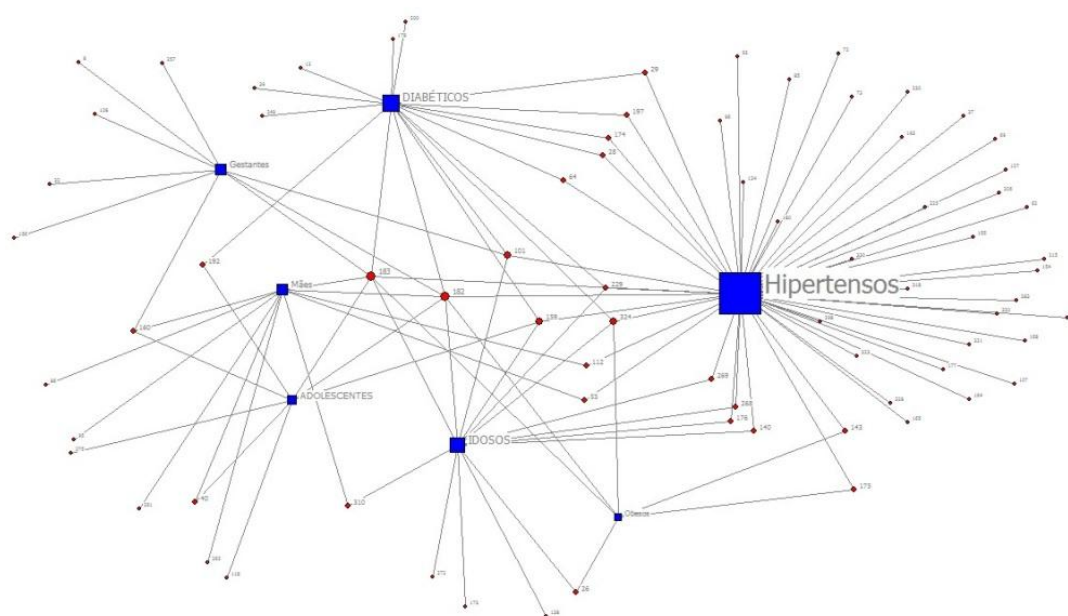
	Densidade	Número de laços	Centralidade média
Recife	0.0497	117	0.3482
Porto Alegre	0.0535	137	0.3743

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

A rede das comunidades do Recife, mesmo contando com uma amostra consideravelmente maior, apresenta menos famílias que participam dos grupos do PSF quando comparamos com a rede em Porto Alegre. Percebe-se essa diferença pela quantidade de laços presente em cada uma das redes, como se observa na tabela acima. A centralização é alta, pois os laços partem apenas para os nodos que representam os grupos, no caso de Porto Alegre, a centralização é maior, pois há menos grupos quando comparado com Recife. A densidade em Porto Alegre é naturalmente maior, refletindo a maior centralização nos grupos de hipertensos e diabéticos, como veremos a frente.

Os sociogramas aqui apresentados foram montados com base na resposta dada pelas famílias em relação a quando perguntamos se alguém do domicílio participava de reuniões de algum Grupo Temático do PSF. Neste caso cada nodo vermelho representa uma família e não um indivíduo, o que faz com alguns nodos aparecem conectados a vários dos Grupos, representados pelos objetos azuis. O tamanho dos objetos, bem como o tamanho dos nomes, diz respeito ao grau de centralidade dos nodos na estruturação.

Sociograma 14 - Rede das Famílias e Grupos temáticos do PSF - Recife

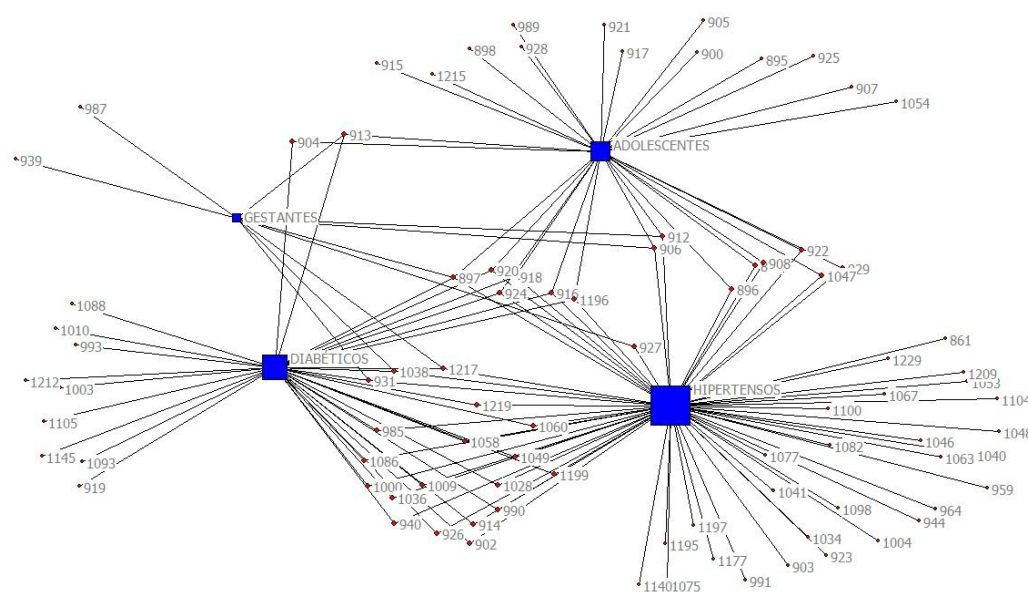


Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Em relação a Recife, o grupo de hipertensos é o que tem mais participação, todos os outros grupos tem centralidade bem menor. A diversidade de Grupos em recife é bastante importante, há grupos de Idosos, Gestantes, Hipertensos, Obesos, Adolescentes, de Mães e de diabéticos. Entretanto, como a participação da população é pequena, a estruturação em rede apresenta-se dispersa.

A rede de Porto Alegre demonstra que a diversificação não é uma característica dos Grupos das Unidades de Saúde locais, mas a participação da população é boa. A densidade maior que a observada no Recife, como se verifica na tabela 9, se deve principalmente ao fato de várias famílias estarem presente em mais de um grupo; principalmente os grupos de diabéticos e de hipertensos tem vários cruzamentos, como indica o sociograma abaixo.

Sociograma 15 - Rede das Famílias e Grupos temáticos do PSF - Porto Alegre



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Assim como no Recife, em Porto Alegre o grupo com mais participação é o de hipertensos, mas nos grupos desta cidade a distância de centralidade deste tipo de grupo em relação aos demais é menor.

Chama atenção o fato de nas duas cidades o grupo mais importante ser o que congrega hipertensos. Os profissionais relatam que nas comunidades das duas cidades há muitas pessoas acometidas desta doença, que pelas suas características depende basicamente de controle contínuo, o que pode ser uma explicação para a grande adesão. Por outro lado, um dos grupos menos procurado nas duas capitais aqui em comparação, é o de gestantes, o que não deixa de ser preocupante dado à importância de profissionais de saúde para todas as etapas da gestação.

Em que se leve em conta a pequena quantidade de pessoas entrevistadas que declararam participar de Grupos Temáticos, nas duas cidades analisadas, de modo geral, a participação da população nos Grupos temáticos do PSF é baixa, parece ainda ser da cultura da população, de modo geral, supor que apenas se procura uma unidade de saúde quando se está acometido de

alguma doença, esvaziando Grupos como os de Adolescentes, de Idosos, e mesmo os de Gestantes e de Mães. Neste mesmo sentido não é difícil perceber que os grupos mais citados pelas famílias são exatamente os ligados diretamente a algum tipo de doença, aqueles ligados a promoção da saúde e mesmo os ligados a prevenção de doenças, são bem menos procurados.

Nesta parte do texto apresentamos as estruturações reticulares de Recife e de Porto Alegre, exploramos algumas medidas de rede, descrevendo as distintas formas de organização dos ACS em torno da estrutura associativa das comunidades. Ensaíamos algumas análises com base nos sociogramas que apresentamos. Observamos que as distintas configurações de rede nas cidades observadas implicam estruturas de sociabilidade comunitária com fluxos de informação e comunicação particulares. Na próxima etapa da análise trabalharemos sobre os discursos dos diversos atores presentes nas comunidades atendidas pelo PSF nas áreas que selecionamos para análise.

4.3. Esferas de sociabilidade, condicionantes e potencialidades

A fala dos atores sociais presentes nas comunidades analisadas é reveladora das formas interativas que se estabelecem, de modo geral entre a comunidade e o Estado, e de modo específico, da participação destes atores sociais no apoio a execução da política pública do PSF. Os líderes comunitários e usuários do PSF falam das associações presentes nas comunidades, do envolvimento da população nestes grupos e nas questões de saúde. Os profissionais de saúde tratam destes mesmos assuntos sob outro prisma, focando nas formas de participação centradas nas atividades de saúde e educação para a saúde.

Nas entrevistas com membros da Equipe Médica, e aqui tratamos tanto dos profissionais da cidade do Recife quando de Porto Alegre, os temas que giravam em torno da participação se referiam ao perfil dos membros da equipe médica para atuação no PSF, às

dificuldades na relação com as comunidades, os problemas relacionados a complementaridade e o papel do ACS na execução do programa. Trataremos de modo mais aprofundado destes temas a partir de agora.

Os profissionais líderes das Equipes de saúde tem como preocupação principal a manutenção do que consideram ser uma mudança paradigmática importante: o PSF e a maneira particular que o programa enseja de tratar da saúde das pessoas e de suas relações sociais comunidade; construída sobre uma “recusa veemente ao modelo clássico de atenção, o da medicina curativa”. (FONTES, 2011, p. 156) Mesmo aqueles profissionais que colocaram exercer em suas tarefas diárias nas USF mais atividades curativas do que propriamente as de promoção e de prevenção, tinham plena consciência desta potencialidade do Programa. Aliás, tornar o PSF um programa que na prática privilegie a promoção e a prevenção, ainda é um desafio a ser superado tanto em Recife quanto em Porto Alegre.

É comum o relato de falta de estrutura e de falta de medicamento, fato preocupante, mas infelizmente comum nos serviços de saúde pública, no PSF não é diferente. A rotina de trabalho, pode se dizer em todos os postos do Programa analisados aqui, é feita de consultas para médicos e enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família - USF, visitas domiciliares para ACS, praticamente todos os dias e visitas menos frequentes para o caso de médicos e enfermeiros. É prática comum nas unidades do Distrito 4, nas sextas-feiras acontecerem nas USF reunião das equipes de saúde para debater os problemas ocorridos durante a semana e planejar a semana seguinte. As lideranças locais são chamadas a participar, mas geralmente não se fazem presentes. Ainda que seja uma constante a percepção e mesmo a frustração do excesso de consultas, boa parte dos profissionais médicos restringe, sempre que possível, o número de pessoas atendidas por dia com o propósito de dar mais atenção durante a consulta às pessoas que procuram atendimento no posto. No caso de Porto Alegre, o dia destas reuniões

varia conforme a organização da USF, mas de modo geral, acontece nas quintas ou sextas-feiras.

Em vários momentos os profissionais relatam que a comunidade de modo geral não aceita o novo formato de consulta com foco na saúde e não somente na doença preconizado pela política de saúde do PSF. Na opinião dos profissionais de saúde, mesmo com a USF dentro da comunidade a cobrança por médicos especialistas e pelo atendimento de caráter emergencial continuará a existir por parte da população. Esse imediatismo reflete inclusive na avaliação que se faz do trabalho nas Unidades de Saúde da Família. No Recife, a maioria dos moradores entrevistados avalia bem os profissionais de saúde das USF, e os ACS são quase unanimidade, mas as pessoas acreditam que a Unidade do PSF deveria atender como uma emergência e urgência. Em Porto Alegre, a avaliação não é tão positiva, ainda assim razoável. Entretanto, a população reclama das dificuldades em torno da marcação de consultas, colocam que esta não deveria ser uma tarefa que dependesse dos ACS. Outra reclamação diz respeito aos horários de funcionamento da Unidade. Ao que parece, não há preocupação com o que o PSF preconiza em termos de atenção à saúde, de promoção e de prevenção. De fato, na maioria das vezes quando se trata de saúde, a população está pensando na ausência de doença.

No discurso das pessoas das comunidades atendidas, tanto em Recife quanto em Porto Alegre, aparece a expectativa de uma Unidade local de saúde que esteja preparada para emergências e que tenha especialistas. Em Recife, as pessoas querem receber a visita domiciliar, mas querem também que as USF atuem como as Unidades de Referência, que no caso do Distrito 4 é a Unidade Lessa de Andrade. Em Porto Alegre, a preocupação recai também sobre a necessidade de atendimento em horário integral. Do ponto de vista da Equipe de Saúde, essa perspectiva reflete a falta de compreensão da população dos objetivos do Programa, que não estão assentados na doença e sim na promoção e manutenção da saúde. Por outro lado, o problema precisa ser visto também sob o ponto de vista da comunidade: em que

se leve em conta a extrema carência de serviços de Urgência e de emergência, parece natural aos olhos de quem está acometido de doença que uma Unidade médica, esteja preparada para atender a demanda espontânea.

Os dois argumentos são válidos, de um lado temos os profissionais se esforçando para trabalhar segundo os preceitos do PSF, e de outro lado temos as comunidades carentes de todo tipo de cuidado médico. Como a educação para a saúde é um dos pilares do PFS, vale mais que nunca o argumento de uma profissional: em sua opinião seria por meio do convencimento da comunidade de que a USF não pode responder a toda a demanda que estaria a solução para este impasse; ‘fechar as postas do posto’ para o problema só traria mais distanciamento. A estratégia estaria em receber e quanto for possível, passar o máximo de informação em saúde possível, pois quanto mais informações ela passa ao paciente, menos este paciente precisará ir ao médico, já que boa parte dos problemas de saúde estão relacionados com más práticas. Com este argumento, ela vai convencendo as pessoas de que a prevenção é a melhor medida a se tomar em relação à saúde. Este processo de mudança de prática leva tempo, mas tem rendido frutos. É cada vez mais comum moradores das comunidades que chegam a procurar os profissionais médicos para tratar de problemas aparentemente não ligados a saúde. Em determinadas doenças, como é o caso da hipertensão arterial, o diálogo com os pacientes, em que eles expõem seus problemas é um complemento importante do tratamento baseado nos medicamentos tradicionais.

Nos grandes hospitais tanto públicos quanto privados o foco está na doença, no problema de saúde. No PSF se presta atenção na pessoa. O médico de saúde coletiva é um trabalhador que deve ter envolvimento social, segundo exemplo dos próprios profissionais, este tipo de profissional médico deve contextualizar suas consultas, e mesmo os remédios, quando se fizerem necessários, devem ser prescritos com base no poder de aquisição do paciente ou até

mesmo deve ser pensado conforme a disponibilidade deste nos estoques das Unidades de Saúde.

Neste sentido, a grande diferença apontada pelos profissionais do modelo médico tradicional de clínica e o modelo do PSF, é a proximidade com os pacientes, de modo que é possível tratar de doenças, mas também promover a saúde. Ou seja, na prática se confirma o que vimos ainda no primeiro capítulo deste trabalho quando falamos dos pilares do Programa em torno dos ideais de promoção da saúde e de prevenção de doenças de forma complementar. Boa parte dos profissionais se refere aos salários diferenciados em relação a remuneração aplicada nos hospitais e clínicas tradicionais. De fato, no PSF a remuneração é maior, entretanto o trabalho é também diferenciado, as consultas são holísticas. Isso aparece na fala dos profissionais quando colocam que além de consultas há visitas, e trabalhos com grupos, coisas que não acontecem nas clínicas tampouco nos hospitais.

Fruto da avaliação de mais de um profissional é a percepção de que os profissionais da enfermagem estão mais preparados para o formato de trabalho comunitário de promoção da saúde do PSF. Este fato teria a ver com a formação desses profissionais. De modo geral, os médicos entram nas faculdades pensando na especialização que iram fazer ao concluir a graduação; existe uma expectativa social em torno disso.³³ O mesmo não acontece em relação aos enfermeiros, geralmente envolvidos com o cuidado aos pacientes. Do mesmo modo, é difícil ao médico especialista, já acostumado ao ambiente da clínica, trabalhar no PSF, no qual as consultas devem ser diferenciadas, onde o consultório é também um espaço de apoio social. Mas, claro, não é impossível, neste sentido uma médica fala que trabalhar no PSF mudou a forma dela trabalhar também no hospital. Desde que teve contato com as pessoas e com a comunidade atendida, passou a valorizar o compromisso com a educação em saúde, o trabalho

³³ As residências médicas em Saúde da Família tendem, em médio prazo interferir nesse quadro.

não apenas pelo indivíduo, mas por famílias, ou seja, sua forma de ver os pacientes e a família dos pacientes mudou drasticamente em todos os espaços em que ela atua.

Para os ACS egressos do Programa de Agentes Comunitários de saúde – PACS, a diferença entre trabalhar naquele programa e no PSF é que no primeiro os profissionais não contavam com o apoio das Unidades, mas também não tinham todas as responsabilidades que vieram junto com a incorporação as USF. Como a carga de responsabilidade advindas com o PSF foi muito grande para os ACS, os profissionais contratados depois da incorporação são mais receptivas a gerência, os ACS que vieram do modelo PACS estavam acostumadas a trabalhar sozinhas. Desde sua criação o ACS é a porta de entrada da saúde comunitária, ele tem acesso a informação das famílias de modo mais amplo que qualquer formulário disponível nas USF.

A grande demanda ainda é um grave problema, pois atrapalha a própria proposta de saúde coletiva focada na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Nas USF de Recife e de Porto Alegre, os ACS são também marcadores de consultas, ou seja, não há profissionais específicos nas Unidades que realizem a marcação de fichas para atendimento por parte dos médicos e enfermeiros da equipe médica. Particularmente os ACS sofrem os efeitos do fato das Equipes terem de atender uma quantidade de famílias no mais das vezes acima de sua capacidade. Como eles estão na ponta do sistema, sentem todos os reflexos das cobranças e das demandas da população principalmente no que se refere a marcação de consulta. Duas questões podem ser observadas a partir deste fato: um diz respeito à concentração deste importante poder dentro de uma comunidade carente estar nas mãos de algumas poucas pessoas que são a um só tempo, profissionais da equipe de saúde, mas são também pessoas que têm relações pessoais com seus vizinhos.

Há relatos entre as equipes médicas das duas cidades em análise de ACS que favorecem parentes ou amigos na marcação de consultas, com esse tipo de prática corre-se o risco de pôr a

perder um fator importantíssimo em políticas territoriais como é o PSF: a confiança. As comunidades precisam ter certeza que podem contar com a isenção dos profissionais em todas as atividades executadas no território. Visto sobre outro ponto de vista, o do ACS, mesmo que não haja má fé no sentido do privilegiamento de determinadas pessoas, fica difícil para ele, que tem relações pessoais que o insere numa rede de apoio mútuo, negar um favor – neste caso marcar uma consulta – para alguém que houvera lhe ajudado na solução de um problema de ordem pessoal. Alguns líderes de equipes de saúde chegam a colocar que ter um profissional que mora na comunidade como membro da equipe médica é um problema, estes defendem que o ACS não deveria ser morador da mesma comunidade na qual presta atendimento. Mas há ainda outro problema para o ACS relacionado com a questão da marcação de consulta: esta tarefa representa mais um trabalho, entre os muitos executados pelo profissional, não fazê-lo significaria mais tempo para se dedicar ao seu trabalho mais importante que é acompanhar as pessoas na comunidade.

No que se refere à relação comunidade-Unidade de Saúde, também há problemas em relação à transição, de postos tradicionais para Unidades do PSF, visto que os Postos antigos atuavam como clínicas de pequeno porte. Esta mudança em algumas comunidades é bastante recente, e implica na visão que a população tem das atividades da USF, claro que as comparações são inevitáveis. As Unidades instaladas nas comunidades onde nunca houve qualquer tipo de posto tem aceitação mais rápida por parte das comunidades no que tange a forma de trabalho dos profissionais.

Enfrentar mudanças é sempre complicado, no caso das mudanças socioculturais implicadas com as práticas de saúde, o problema que não se restringe a nenhum dos atores, atinge todos os envolvidos. Afinal não é fácil mudar uma forma de ver o processo de saúde-doença que está consolidada há décadas. Se para os profissionais é complicado trabalhar com a atenção básica, para as comunidades, acompanhar as mudanças depende do apoio dos

profissionais da saúde. Neste sentido, um dos problemas da formação da equipe médica é encontrar pessoas com o perfil de comprometimento em relação ao trabalho com a comunidade e as atividades médicas generalistas. Os próprios profissionais médicos dos hospitais e clínicas tradicionais difundem o que pode ser colocado como desrespeito em relação ao trabalho sobre a saúde no PSF. Está na fala dos profissionais das USF que os seus colegas médicos das Unidades de Referência não geram qualquer tipo de retorno dos encaminhamentos. Como o objetivo do PSF é a contínua observação da pessoa, ter esse retorno do especialista em termos técnicos é importante para dar continuidade ao acompanhamento médico. No caso do Recife, esse foi um problema relatado por vários profissionais.

Quando questionados sobre a relação do PSF com as comunidades, os profissionais geralmente se referem as visitas que a equipe realiza aos doentes que não podem se locomover e ir até as USF. Ainda que seja de fato uma forma de aproximação entre as equipes de saúde e a população, essa atividade, do ponto de vista que aqui trabalhamos, não é uma forma de participação ativa da população, já que ela, neste caso, é ente passivo na relação. Em termos de participação das organizações presentes nas comunidades nos trabalhos do PSF, os líderes comunitários e a comunidade fazem coro com a fala dos profissionais de saúde: de fato não há atividades contínuas entre as partes. Quando questionados como a comunidade poderia se mobilizar para resolver seus problemas relacionados a saúde, as pessoas falam da impossibilidade de mudanças e da incapacidade das pessoas ‘comuns’ – segundo expressão de duas moradoras no Recife -conseguirem mudar a forma de trabalho dos profissionais da saúde, a maneira como a prefeitura aloca recursos, privilegiando determinados lugares da cidade em detrimento de outros espaços etc. Nos discursos das pessoas da comunidade as mudanças dependem exclusivamente dos políticos e do que eles chamam de ‘vontade política’ destes últimos. Tal desmobilização gera um ciclo vicioso, na medida em que as pessoas não participam por estarem convencidas de que não mudarão nada com sua ação associativa. Os

líderes comunitários que por ventura acreditem em mudanças efetivas não conseguem mobilizar as pessoas, e em médio prazo, ficam também desestimulados, com isso, os resultados tendem a não aparecer. A falta de resultados, por seu turno, gera mais descrença e mais desmobilização.

Os grupos temáticos do PSF, que analisamos por meio de sociograma neste mesmo capítulo como um possível elemento de integração dos profissionais com a comunidade, também não são grupos espontâneos advindos da comunidade, são grupos induzidos pelas Equipes de saúde que pretendem reunir pessoas que tenham alguma identificação e seja passível de intervenção no sentido da educação e promoção da saúde. Os grupos mais comuns são os de pessoas que convivem com a hipertensão arterial, grupos de idosos, de grávidas, de adolescentes etc. A participação da comunidade nos grupos é mínima, a maioria participa quando está em tratamento de alguma doença. Os profissionais da equipe médica acreditam que é necessária a presença de especialistas que se utilizem de técnicas de trabalho grupal, que utilizem métodos para atrair a atenção da comunidade para as reuniões, e sejam capazes de manter as pessoas participativas.

Em nenhuma Unidade de Saúde foi referida a participação contínua de Organizações- Não-Governamentais. Mesmo em se tratando de associações comunitárias, elas não se fazem presentes de forma efetiva na maioria das localidades. Onde há associações elas não demonstram interesse em participar de forma contínua com as Equipes de Saúde nos trabalhos junto às comunidades. O mais comum é a participação de lideranças comunitárias, pessoas que geralmente representam as comunidades em conselhos, por exemplo. Mas uma vez esse tipo de apoio não é sistemático, o apoio desses líderes acontece em atividades pontuais, com as campanhas de divulgação de saúde ou no controle de doenças. Também observamos nas análises de redes que as formas de participação são pontuais e focadas nos trabalhos de divulgação de saúde e no controle de doenças.

Em Porto Alegre existem conselhos de moradores, mas poucas pessoas participam de reuniões, da vida associativa desses grupos. Dois fatores interferem nessa parca participação, de um lado temos líderes comunitários que não estão interessados em dividir poder de decisão, fazendo com que tudo gire em torno de sua pessoa. De outro lado, temos a desmobilização de grande parte da população, que, por vários motivos, como estamos observando, não tem feito das discussões dos problemas de suas localidades, uma questão coletiva. O discurso da comunidade em Porto Alegre exemplifica bem o distanciamento da população em relação às atividades da USF. Primeiro a não compreensão das reuniões semanais que acontecem nas Unidades e que deixam as USF fechadas para atendimento, depois a percepção de que seria preciso ter um representante da comunidade nestas reuniões, para saber o que nelas acontece e tentar influenciar nas decisões. Tal discurso reflete a distância inclusive em relação aos ACS, que não são reconhecidos como representantes da comunidade nas reuniões do PSF. Esse dado indica uma distinção importante em relação ao que acontece em Recife, nesta cidade os ACS são geralmente apontados pela comunidade como bons profissionais e como pessoas de referência dentro das comunidades.

Para as atividades de divulgação de informações de promoção da saúde e para palestras ligadas a problemas relativos a promoção, uma questão determinante para o sucesso das atividades é a disponibilidade de espaços nas comunidades. Algumas Unidades contam com centros comunitários nas imediações, mas essa não é uma regra, o comum é contar apenas com o espaço, por vezes exíguo, das Unidades de Saúde. As igrejas locais também apoiam a execução de atividades pontuais, mas o trabalho nas dependências de grupos religiosos tem o efeito colateral de atingir apenas uma parte da população, além do mais, há determinados assuntos que não podem ser tratados nos espaços das igrejas.

A distância entre as associações e o PSF reflete os problemas de representação das comunidades. Aparentemente as lideranças locais não conseguem mobilizar as pessoas para

que participem diretamente, a comunidade, acomodada a formatos passivos de participação, interage apenas quando há em jogo interesses em curto prazo. Esse problema impacta diretamente no trabalho da Equipe de Saúde, pois a promoção e a prevenção dependem do apoio da comunidade.

Mesmo em comunidades classificadas pela Equipe de Saúde local como ‘politizada’ caso da Comunidade de Roda de Fogo, a mobilização da comunidade é tarefa difícil. A associação existe, mas não atua de forma contínua. Mesmo contando com os ACS que são membros das Equipes de Saúde e moradores das comunidades, a participação é mais uma obrigação a cumprir quanto alguma tarefa pontual é demandada do que algo que irá resultar em ganhos coletivos de saúde. Na USF de COSIROF, na comunidade da Roda de Fogo, a equipe de saúde é vizinha da associação, fator que facilita o contato com as lideranças, mas não é suficiente para que haja uma parceria duradoura entre as partes. Nesta localidade a associação é vista como uma entidade que serve para pressionar o Estado a executar serviços e melhorias na comunidade. Não negando esta importante função social, as equipes de saúde nas comunidades pesquisadas tanto em Recife quanto em Porto Alegre, lamentam a falta de apoio sistemático e mesmo de acompanhamento das atividades cotidianas da Unidade de Saúde.

Há um fator ainda não colocado que deve atuar como um problema que inibi a participação popular nos assuntos comunitários de forma bastante expressiva, a questão da violência, em ao menos duas comunidades o problema foi colocado de modo claro, nas outras comunidades aparece nas falas de modo menos evidente, mas sempre a violência aparece como um fato do cotidiano local.

Alguns profissionais referem que as pessoas da comunidade são muito receptivas as atividades ligadas a visitas das equipes, e até apoiam o trabalho, indicando os locais onde se pode trafegar ou não – mais um efeito da violência que restringe parcialmente determinados acessos das comunidades. Mas isso se observa no nível individual, enquanto coletividade,

mesmo as comunidades mais antigas e combativas em outros planos da ação política, pouco se envolvem com as questões de saúde pública.

Outro problema indicado pelos profissionais, diz respeito à falta de articulação das políticas de saúde com outras políticas, principalmente as de trabalho, lazer, saneamento, habitação e educação. As comunidades não têm áreas de lazer, o saneamento quando há, é precário, e as escolas têm vários problemas desde a falta de estrutura física até a falta de professores. Todas estas condições desfavoráveis impactam diretamente sobre a saúde das pessoas. Seria exatamente na amarração com estas outras esferas que as associações, ONGs, enfim a sociedade civil organizada seja cobrando maior integração, seja atuando de fato na integração de políticas sociais voltadas às comunidades.

Mesmo contato com pouco apoio nas comunidades as equipes médicas em determinadas Unidades montam estratégias para atrair a atenção das pessoas, no sentido, da participação ao menos nas ações dos grupos temáticos nas Unidades de Saúde. A grande preocupação se expressa na observação de que as ações de educação diminuem as consultas, diminuindo as consultas nas Unidades de Saúde, diminui-se também a necessidade de encaminhamentos para as Unidades de Referência, fazendo com que todo o Sistema funcione de maneira menos pressionada. Neste sentido, pretendendo superar o problema da falta de adesão da comunidade e sabendo do papel simbólico do profissional da saúde, uma enfermeira passou a denominar os grupos temáticos de “Consultas coletivas”. A sistemática dos encontros em nada foi alterada, as atividades são as mesmas, mas a simples mudança do nome, em se que retirou a expressão grupo, e se colocou consulta, fez com que o trabalho ganhasse novo *status* fazendo aumentar a frequência da comunidade nos encontros.

O fato de a Unidade de atendimento do PSF ser dentro das comunidades, a existência do profissional como perfil do ACS, que implica em conhecimento das características comunitárias são fatores importantes, mas a participação social é fundamental, e não é o que

vem acontecendo. A participação em grupos é baixa, o envolvimento de associações é esparso e a população pouco participa diretamente, e quando participa é de forma passiva. É interessante notar, entretanto que a própria existência das Unidades de Saúde nas comunidades é muitas vezes fruto da reivindicação de lideranças e de associações comunitárias. Como explicar então o fato de, depois de instalada, as Unidades não consigam atrair a população para a participação no Programa?

Na fala de determinados profissionais das equipes de saúde aparece um dado importante em relação a distância entre os médicos e os pacientes: a herança cultural de décadas de uma prática médica que privilegia a cura e a doença em detrimento da promoção e da prevenção. Neste sentido uma médica se pergunta: como esperar que as pessoas repentinamente acreditassem nas propostas do PSF, e quebrem a barreira entre o médico, investido de sua autoridade, e o paciente, que por vezes vai ao posto e fica decepcionado quando não sai com a indicação de remédios a tomar?

Parece-nos que a participação da população depende sim desta variável que envolve a cultura da clínica médica. Outro fator implicado nos parece, é a cultura associativa da população, o associativismo de modo geral nas áreas analisadas é baixo. Este gráfico mostra a participação dos moradores das áreas atendidas pelo PSF aqui em análise.

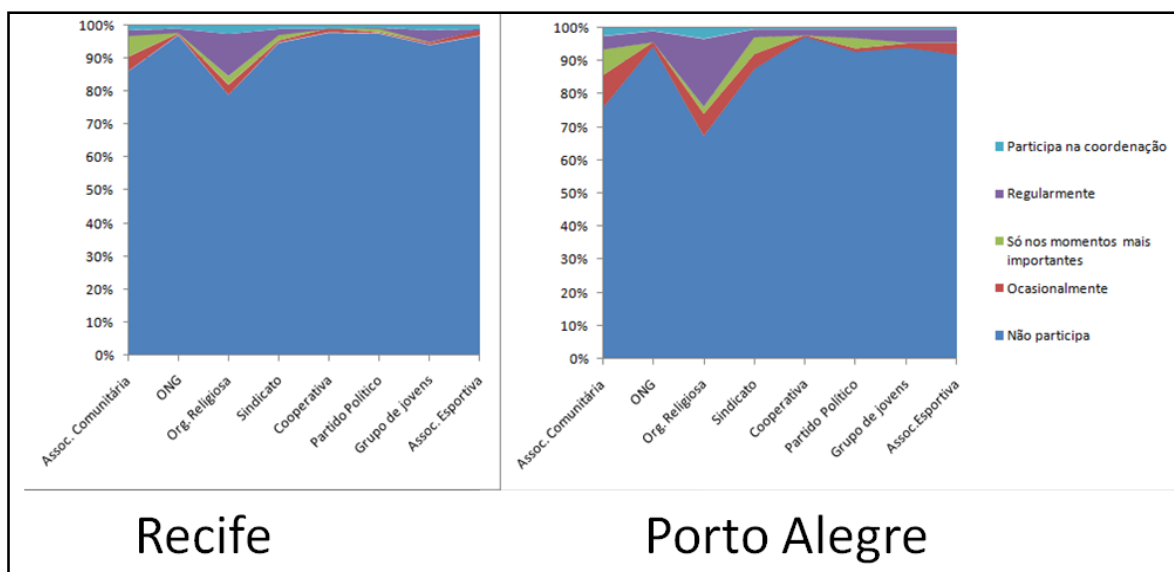


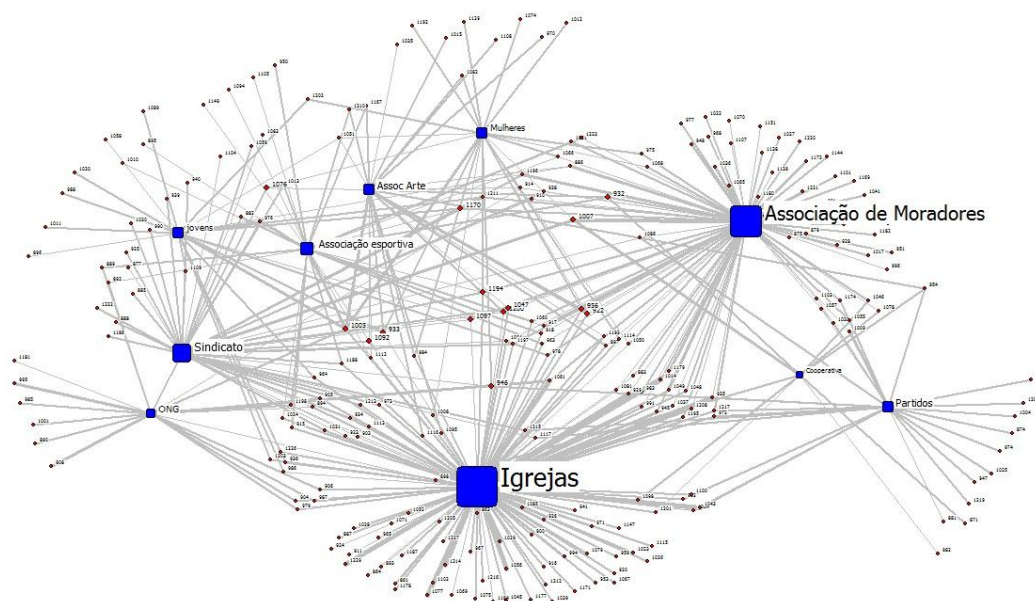
Gráfico 1 - Participação em entidades associativas em Recife e Porto Alegre

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Percebe-se que o gráfico que representa os casos de Recife, à esquerda, é bem parecido com o de Porto Alegre, à direita. Ainda que nesta última cidade a participação seja maior, a tendência do gráfico é a mesma: a participação se restringe aos grupos religiosos, e em menor número, as associações comunitárias. Mais de 60% da população nas duas cidades não participa de qualquer grupo. Para o caso de Associações comunitárias, o percentual passa de 75% no caso de Porto Alegre e de 84% no caso de Recife. A participação regular em atividades associativas na comunidade está em torno de 4% em Porto Alegre e de 2% em Recife, percentuais pequenos que indicam que não é exclusividade do PSF a pouca participação comunitária. Ainda assim, a participação em Porto Alegre está acima da média nacional, na oportunidade da última pesquisa nacional relacionada a associativismo, realizada em 1996 (IBGE, PNAD, 1996).

A maior participação em organizações associativas na cidade de Porto Alegre fica mais clara quando observamos o sociograma que representa as relações que os usuários do PSF têm com diversos tipos de entidade.

Sociograma 16 - Rede associativa dos usuários do PSF em Porto Alegre

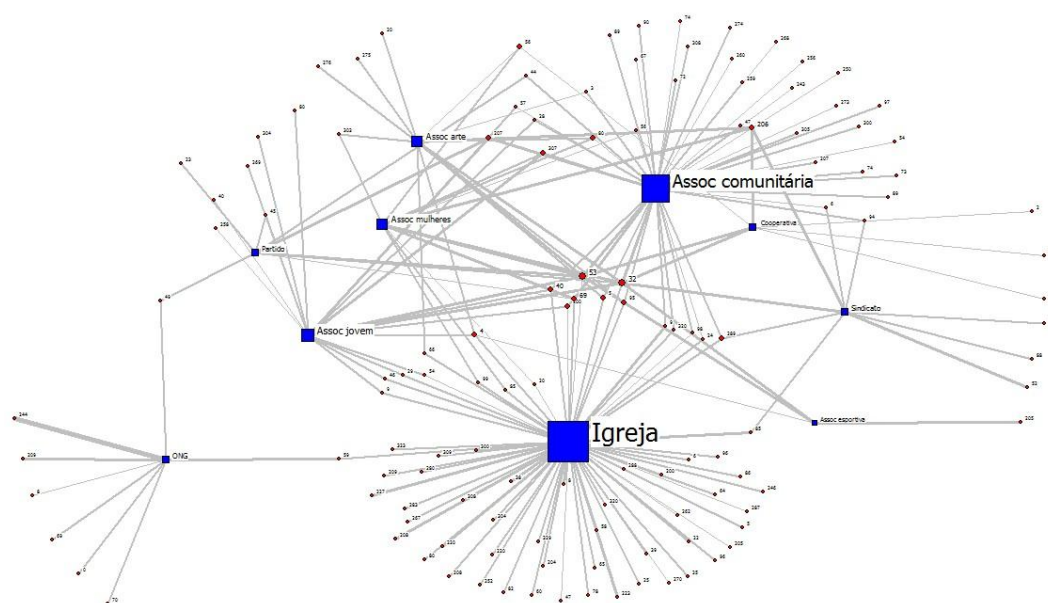


Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Ainda que a centralidade esteja de fato na Igreja e nas Associações de moradores, é possível perceber que outras entidades, principalmente Sindicatos, e de forma mais discreta, partidos e associações primárias – ou ao menos com forte carga identitária ligada a esfera primária, como associações de mulheres – tem boa inserção na rede dos usuários. Cumpre ainda registrar, que o sociograma parece indicar que parte significativa dos usuários frequentadores de igrejas também participam de Sindicatos e Associações de Moradores, ou seja, entre os atores sociais com perfil participativo, a participação se faz em mais de um espaço social.

No caso de Recife, em que a participação em organizações e associações é menor, a tendência de concentração de participação nas Igrejas e Associações pode ser observada no sociograma abaixo.

Sociograma 17 - Rede associativa dos usuários do PSF em Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde. Recife, 2006

Diferente do caso de Porto Alegre, em Recife poucos são os casos de usuários com inserção em mais de um grupo, ou organização. Outra diferença importante está no fato de que os Sindicatos e Partidos aparecem pouco. Na rede de Recife, tem destaque, além da Igreja e das Associações comunitárias outras formas de associação primária, as associações de jovens, de mulheres e de arte. Em termos de esferas associativas, podemos colocar que os usuários das duas cidades são mais participativos em grupos locais, e que a participação em grupos secundários é mais discreta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscamos caracterizar a localização nas redes de sociabilidade dos atores sociais – Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais de Saúde presentes nas Unidades de Saúde; usuários do PSF nas comunidades atendidas; lideranças locais, representantes das associações comunitárias; além de organizações sociais como as Organizações Não-Governamentais –com o objetivo de verificar as possibilidades destes atores sociais de acessar recursos dentro da rede através de seus contatos, bem como as possíveis repercussões dos formatos interativos destes mesmos atores sociais para a execução do PSF.

Pra dar conta desta tarefa dispusemos de dois tipos de dados, tanto os que serviram de apoio para reconstruir as redes por meio dos sociogramas, quanto os que permitiram a análise qualitativa. Por meio desses dados, conhecemos e analisamos as formas de articulação dos Profissionais do Programa de Saúde da Família com os usuários e organizações de apoio. Fundamental foi também a possibilidade de comparações permitida pela disponibilidade de dados de regiões nas cidades de Recife e Porto Alegre. De posse dos dados das respectivas cidades, empreendemos comparações, principalmente no que diz respeito à capacidade interativa e das formas que assumem as esferas de sociabilidade.

Nesta fase do texto faremos algumas breves considerações, que servem de reflexão e de indicações de novos caminhos de pesquisa. Começamos com uma questão que diz respeito à filosofia do PSF e que, obviamente tem impacto nos meios de ação do Programa e nos resultados que ele alcança. Quando elege seu objetivo primeiro de ação na família, o PSF de certa forma relega a segundo plano a comunidade, se não em discurso, certamente em algumas práticas. Por exemplo, a dificuldade de ligar com as questões de saúde a nível comunitário se percebeu nos problemas de participação nos Grupos Temáticos.

Nesse processo, o (des)encontro entre a visão da equipe de saúde e a comunidade sobre quem são os homens, mulheres e famílias que compõem a comunidade põem

em alto-relevô as relações entre o Estado, os mediadores das suas políticas e os usuários do sistema público de saúde (SCOTT, 2005, p. 78) .

Por outro lado, vimos que a articulação dos ACS com as organizações presentes nas comunidades, apesar de baixa, quando temos em conta o número absoluto de profissionais que interagem com organizações de apoio, assume contornos importantes, dada a potencialidade de articulação comunitária e participação social que tais contatos ensejam. Os profissionais de saúde alocados nas Unidades de Saúde da Família percebem que quando não há associações ou ONG na comunidade, os problemas relacionados a saúde, mas que escapam a alçada da Equipe do PSF, dificilmente são resolvidos. Estes problemas são vários, por exemplo: falta de saneamento básico, falta de espaços de lazer e o alto índice de desemprego. Ter organizações locais que demandem das esferas estatais soluções para esses e outros problemas é de fundamental importância para o sucesso das ações do PSF nas comunidades.

Aa comunidade organizada, entretanto, pode mais que cobrar soluções ao Estado para os problemas vivenciados no cotidiano das comunidades carentes. Parece-nos que o ingrediente mais importante de uma mudança democratizante está na própria sociedade civil. Não obstante, os relatos nas cidades pesquisadas dão conta da falta de articulação da base associativa com as questões que de fato interessam a comunidade, ou seja, não apenas há desinteresse da maior parte da população nas comunidades pelo fazer político que a vida associativa pede, mas há, também, quem se aproveite desta desmobilização para se autopromover ou para simplesmente garantir vantagens pessoais. Esta é uma preocupação importante, pois o caráter mais ou menos democrático das formas sociais primárias têm sobre a secundária uma implicação direta.

Os públicos democráticos supõem as comunidades locais o os grupos, porque é nessas formas de associação que os indivíduos adquirem consciência prática das consequências de suas ações. (CHANIAL, 2004, p 38)

A pesquisa realizada nas comunidades, compreendidas aqui como territórios de significação, sugeriu que os formatos de participação podem ser diferentes, mas que a proximidade das entidades associativas parece ser importante não só para os trabalhos do PSF, mas também para o exercício democrático, de modo geral. Pois são as experiências partilhadas nas comunidades que fundamentam os públicos democráticos capazes de constituir as instituições políticas democráticas de forma coerente. A democracia enquanto um ideal amplo de participação social tem como fundamento necessário a democratização das relações comunitárias cotidianas (CHANIAL, 2004).

O formato da rede alude certa distribuição de tarefas, indicando que as ONGs têm de fato a característica de funcionar como ponte entre redes locais de capital social, conectando ACS de comunidades por vezes distantes entre si. Essas entidades, as ONG, formadas geralmente fora das comunidades e para as comunidades, são importantes para a oxigenação das soluções em saúde e para a replicação de boas experiências no setor.

O poder público de modo amplo foi pouco citado, e espaços como creches ligadas ao governo municipal, escolas e demais grupos desta natureza, que são inserções do governo nas comunidades, que poderiam ser importantes principalmente na educação para a saúde, não aparecem como parceiros dos trabalhos do PSF. As entidades religiosas, por outro lado, aparecem na rede, e mesmo que não seja destaque em termos de centralidade, devido a sua própria característica de agrupar elementos de uma determinada religião, demonstram ser parceiros importantes.

O conceito de redes bem como o instrumental de análise de redes, foi importante para verificarmos se as ações dos atores interconectados afetam o desenvolvimento de políticas públicas. Pode se dizer que sim, as redes interferem na execução do Programa de Saúde da Família. Entretanto, para que fosse possível avançar na análise o método quantitativo que permitiu reconstruir as redes comunitárias não seria suficiente, a fala dos atores sociais

emprestou dinamismo as nossas conclusões. Demonstrando, por exemplo, que as relações interpessoais são tão importantes, ou até mais que as relações institucionais para o trabalho nas Unidades de Saúde da Família. Verificamos também que dada a pouca quantidade de laços presentes nas comunidades, nos referimos tanto ao caso de Recife quanto ao de Porto Alegre, evidenciando o problema da concentração de poder nas redes. Nos sociogramas, por exemplo, nota-se quase sempre alguns poucos nodos com elevados índices de centralidade, indicando concentração de poder de fluxo de recursos.

Sugerimos que as esferas de sociabilidade primária, secundária e técnica, presentes nas comunidades poderiam assumir contornos de uma ‘ordem negociada’, conforme Strauss (2009). Não se verificou, entretanto uma densidade organizativa interna as esferas de sociabilidade que justificasse esta classificação. Tal densidade não se percebe nem mesmo nas esferas primárias, onde esperamos encontrá-la de maneira mais clara. Nossa expectativa era que prevalecesse nas comunidades uma identificação de base territorial, todavia, tanto em Recife, quanto em Porto Alegre às lideranças locais enfatizam as dificuldades de mobilização comunitária quanto o assunto é debater e tomar posição sobre os problemas comuns. A esfera secundária, também não apresenta contornos que permitam indicar adensamento de relações, e de certa forma nossos dados não nos permite tratar da forma que gostaríamos sobre a forma de ação das ONG. Os dados de dispomos são em sua maioria indiretos, e advindos dos ACS. Estudos que tratassem da relação das ONG com o PSF, aprofundando as questões que aqui apresentamos poderiam trazer novos elementos para o conhecimento desta relação.

No que tange a relação entre os profissionais da saúde e os usuários, observamos que as famílias ainda querem encontrar muitas vezes nas Unidades de Saúde da Família o que encontravam, ou ao menos buscavam, em Postos de Saúde: a medicina clínica, curativa, focada no corpo e na doença. Como argumentamos anteriormente, o processo de adaptação da população aos preceitos do PSF ainda está se fazendo, afinal a prática de décadas não se muda

apenas com a adoção de novas práticas por uma das partes da relação médico-paciente. Sendo uma das novidades, e talvez a principal delas, a inserção de novos elementos nesta relação; a figura do ACS é ainda alvo de certa desconfiança. Como vimos em nossos dados, a desconfiança em Porto Alegre é maior do que no Recife, embora não saibamos exatamente o motivo. Como os dados da pesquisa que baseamos nosso estudo é de 2006-2007, esperasse que esse quadro tenha mudado; novas pesquisas são necessárias para verificar a questão.

Porém acreditamos que a política de saúde, apesar de seus problemas, tem boas bases conceituais, entre os quais se pode elencar, a promoção da saúde, a educação em saúde e as práticas de saúde comunitárias; e por contar na maior parte dos casos em análise, com bons profissionais na articulação dos trabalhos, esperamos que a participação da população seja crescente e que este exercício de participação extrapole para outros campos da atividade política, rendendo frutos para as comunidades e para a sociedade brasileira.

REFERENCIAS

1978. Declaração de Alma-Ata. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

1986. Carta de Ottawa, disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. (acessado em 28 de julho de 2010)

AGRANOFF, R. and MCGUIRE, M.. Big questions in public network management research. **Journal of Public Administration Research and Theory**, 11(3): 295-396. 2001

AGRANOFF, R. and MCGUIRE, M.. Big questions in public network management research. **Journal of Public Administration Research and Theory**, 11(3): 295-396, 2001

ALMEIDA, Ana Patrícia Sampaio de; ARAUJO, Laudicéia. Movimientos sociales en la construcción de la democracia en Brasil. In ALBUQUERQUE, Maria do Carmo (Org.) **La construcción democrática desde abajo en el Cono Sur**. San Pablo: Instituto Polis, 2004.

ANDRADE Jackeline Amantino-de, ARENHART, Ariane Jacques. Participação social no sistema único de saúde: uma utopia por se concretizar em municípios de pequeno porte do vale do taquari. In MISOCZKY. Maria Ceci e BORDIN, Ronaldo (orgs) **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

ARATO, Andrew. Ascensão, declínio e reconstrução do conceito de sociedade civil: orientações para novas pesquisas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 27, 1995

AVRITZER, Leonardo "Cultura Política, Atores Sociais e Democratização: Uma crítica das Teorias da Transição para a Democracia". **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. 28. vol 10. 1995.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil: além da dicotomia Estado-mercado. In AVRITZER, L. **Sociedade Civil e Democratização**, Del Rey, Belo Horizonte, 1994.

AYRES, José Ricardo et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D, FREITAS CM, (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BARNES, JA. Citation-classic - Class and Committees in a Norwegian Island Parish. **Current Contents/Social & Behavioral Sciences** (23): 19-19 Jun 8 1987. Original Paper: BARNES J.A. "Class and committees in a Norwegian island parish" Hum. Relat. 7:39-58, 1954

BAUMAN, Zygmunt. **Comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2009

BERKOWITZ, S.D. Afterword. In. WELLMAN, Barry and BERKOWITZ, S.D. (orgs) **Social Structures: a network approach**. Cambridge; New York; Cambridge University Press. 1988

BERNSTEIN, Richard J. Dewey's vision of radical Democracy. In COCHRAN, Molly. **The Cambridge Companion to Dewey** (Cambridge Companions to Philosophy). Cambridge University Press, New York. 2010

BEZERRA, Daniel U. Cavalcanti. **Alagados, mocambos e mocambeiros**. Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais. Recife: Imprensa Universitária/UFPE, 1965.

BLUMER, Herbert. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Berkeley, University of California, 1998

BOBBIO, **Igualdade e liberdade**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

BOBBIO, Norberto, **Dicionário de Política**, Editora Universidade de Brasília, 13^a, 2000, Vol.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e democracia**. 6ª ed. Trad. Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Brasiliense S.A., 1995

BOBBIO. **O futuro da democracia**; uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3):401-412, 2002.

BORGATTI, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C. **Ucinet for Windows**: Software for Social Network Analysis. Harvard, MA: Analytic Technologies. 2002

BÖRZEL Tanja A. ¿**Qué tienen de especial los policy networks?**.Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea. 1997. Disponível em: (<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>)

BOTT, Elizabeth. **Família e rede social**: papéis, normas e relacionamentos externos em famílias urbanas comuns Roles. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BOURDIEU, P. O poder simbólico. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004

BRASIL, Lei nº. 8080. **Dispõe sobre Sistema Único de Saúde**. Brasília. 1990.

BRASIL. **Constituição da República federativa do Brasil** Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº. 48 de 10 de agosto de 2005. Brasília: Senado Federal, 2005. [1988].

BRASIL. Lei nº. 10.507/2002. Brasília: Presidência da República, 2002.

BRASIL. Lei nº. 8.142/1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília:MS, 2001.
Disponível em: (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf
)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde:** projeto de terminologia em saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil:** monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002 / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão:** garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do

Ministério da Saúde, 2005. Acessado em 23 de agosto de 2010.
(http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf)

BRASIL. **NOAS-SUS 01/02**- Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93** - Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRAVO, M I S. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2006

BURT, Ronald S., "The Network Structure of Social Capital," in B. M. Staw and R. I. Sutton: **Research in Organizational Behavior**. Amsterdam; London and New York: Elsevier Science JAI, , pp. 345-423, 2000

BURT, Ronald S.. **Structural Holes**: The Social Structure of Competition. Harvard University Press, 1992

BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000

BUSS PM. Uma introdução ao conceito de saúde. In: CZERESNIA D, FREITAS CM, (orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

CAILLÉ, A. A sociedade civil mundial no horizonte- In MARTINS, P.H. e NUNES, B.F. **A nova ordem social**: perspectivas da solidariedade contemporânea, Brasília: Editora Paralelo 15. 2004

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA D, FREITAS CM, (orgs).

Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

CAPRA, F. Vivendo as redes. In DUARTE, F. et all. **O tempo das redes.** Perspectiva. São Paulo, 2008

CARDOSO JR José Celso. JACCOUD Luciana. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo.** IPEA. 2005

CARVALHO, José Murilo **Cidadania no Brasil**, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira. 2001.

CASEY M. M. Integrated networks and health care provider cooperatives: new models for rural health care delivery and financing. **Health Care Manage Rev.** Spring;22(2):41-8. 1997

CASTRO, Jorge Abrahão de; CARDOSO JR , José Celso. Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002. In **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo.** IPEA. 2005

CHANIAL, P. Todos direitos por todos e para todos: cidadania, solidariedade social e sociedade civil num mundo globalizado. In MARTINS, P.H. e NUNES, B.F. **A nova ordem social.** - perspectivas da solidariedade contemporânea, Brasília: Editora Paralelo 15. 2004

CHANIAL, Philippe. A cultura primária da democracia: comunidades locais, públicos democráticos e associações. **Jornal do MAUSS.** 2009. Acessado em 10 de junho de 2011.

COHEN, A. **The Symbolic Construction of Community**, Routledge. London and New York. 1985

COHN, Amélia. Desigualdade, desenvolvimento social e políticas sociais no Brasil. **Cadernos Cedec** nº 57 - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. São Paulo: Cedec, 1996

CONASS. NOTA TÉCNICA 13. **PARA ENTENDER O PACTO PELA SAÚDE**. Volume IV: FINANCIAMENTO. Portaria 698/GM | 2006. Brasília, 2006.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço: um conceito-chave da geografia. In: CASTRO, Iná Elias, GOMES, Paulo César da Costa, CORRÊA, Roberto Lobato (org.) **Geografia: Conceitos e Temas**. 5ª edição. Bertrand: Rio de Janeiro, 2003.

CORTEZ, S. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 143-174, Editora UFPR, 2005

COSTA, Nilson do Rosário, PINTO, Luiz Felipe. **Avaliação do impacto do piso assistencial básico (PAB) na saúde: uma análise de mudança na estrutura dos serviços básicos no período antes x depois de sua implantação**. XXVI Encontro Anual da ANPOCS/GT 14 – Políticas Públicas

CZERESNIA D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D, FREITAS CM, (orgs). **Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

DAHL, Robert A. **Poliarquia e Oposição** – 1ª ed., 1ª reimpressão. Editora USP. São Paulo. 2005

DEWEY, J.. **The public and its problem**. Athens: Ohio University Press, 1997

DEWEY, John. [1937]. Democracy Is Radical. In :HICKMAN, L. & ALEXANDER, T. **The Essential Dewey**. V. I : Pragmatism, Education, Democracy. Bloomington : Indiana Universit. 1998

DEWEY, John. **Democracia Cooperativa:** Escritos Políticos Escolhidos de John Dewey (1927- 1939), (orgs) FRANCO, Augusto de. e POGREBINSCHI, Thamy (ORGs).Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Cidades. Tradução: Traduzca. 2008

DEWEY, John. The Ethics of Democracy, University of Michigan Philosophical Papers, second series no. 1 (Ann Arbor, Mich.: Andrews, 1888). 2009

DURKHEIM, Emile. Solidariedade mecânica. IN: RODRIGUES, José Albertino (org.). **Durkheim.** Coleção Grandes Cientistas Sociais, volume 1. 9ª Edição. São Paulo: Editora Ática, 2008.

ELIAS, N. A sociedade de corte: investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2001

ELIAS, N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ENNETT, S.T. and BAUMAN, K.E. (2000). Adolescent social networks: Friendship cliques, social isolates, and drug use risk. In Hansen, W.B., et al. (Eds) Improving prevention effectiveness. Tanglewood Research, Inc. Greensboro, NC.

EVERETT, M. BORGATTI, S. Extending Centrality. In. Models and Methods in Social Network Analysis/ Edited by Peter CARRINGTON John Scott and Stanley Wasserman. 2005

FACCHINI, Luiz Augusto et al . Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=en&nrm=iso

FLEURY, Sonia & OOVERNEY Assis. **Gestão de Redes: a Estratégia de Regionalização da Política de Saúde**. Rio de Janeiro : Editora FGV. 2007

FONTES, B. A. S. M. ; STELZIG, Sabina . Asociaciones voluntarias, capital social y círculos sociais: sobre cómo son construídas las redes asociativas. **Revista MAD**, v. 2, p. 209-226, 2007B.

FONTES, B. A. S. M. Sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. **Integração** (Fátima do Sul), São Paulo, v. VIII, n. 49, 2005

FONTES, B. A. S. M.. A Construção das Redes Sociais de Operadores de ONGS: Os mecanismos de recrutamento a Partir das Relés Sociais. REDES. **Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales**, v. 12, p. 01-27, 2007.

FONTES, B. A. S. M.. **Redes, Práticas associativas e poder local** – Curitiba: Appris, 2011.

FONTES, B. A. S. M.. Sobre trajetórias de sociabilidade: a ideia de redes de saúde comunitária. In: FONTES, B; MARTINS, P. H. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Universitária/UFPE, 2004.

FREEMAN, Linton. 2004. **The development of social network analysis**. Empirical Press, Vancouver.

FREITAS, A. S. **Teoria social e formação humana na contemporaneidade**. In: 30a. Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 2007, Caxambú. Anais da 30a. Reunião Anual da Anped, 2007

FREITAS, C.M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA D, FREITAS CM, (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista brasileira de .Ciências . Sociais.**, São Paulo, v. 21, n. 61, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092006000200>

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Experiências em Saúde da Família**: cada caso é um caso ? / Flávio A de Andrade Goulart; José Mendes Ribeiro. – Rio de Janeiro: 2002.

GRANOVETTER, Mark. The strength of weak ties: a network theory revisited. Pp 201-233 in **Sociological Theory**. Ed. by Randall Collins. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1983.

GRANOVETTER, Mark..The strength of weak ties. **American Journal of Sociology**, 78. 1973

GRANOVETTER. M. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. IN. In **WELLMAN, B. and BERKOWITZ S.D. (orgs). Social Structures**: a network approach. Cambridge; New York; Cambridge University Press. 1988.

GRAU, Núbia Cunill. **Participación ciudadana**. Caracas: CLAD, 1991.

GUSMÃO, L. A. S. C. . **A concepção de liberdade em Constant e Berlin**. In: XXI Encontro Anual da ANPOCS, 1997, Caxambu - MG. XXI Encontro Anual da ANPOCS, 1997. v. 1.

GUSMÃO, L. A. S. C.. “Constant e Berlin: a liberdade negativa como a liberdade dos modernos”. IN: SOUZA, Jessé (org.). “Democracia hoje: Novos desafios para a teoria democrática contemporânea”. Brasília: Universidade de Brasília, 2001, pp. 39-62

- HABERMAS, Jürgen. Direito e Democracia: entre facticidade e validade. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro,. vol. II. 2003
- HABERMAS, Jürgen. Direito e Democracia: entre facticidade e validade, vol. I/ Jürgen Habermas; Tradução:. Flávio Beno Siebeneichler, Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1997
- HAESBAERT, Rogério. O mito da desterritorialização: do fim dos territórios a multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2004
- HANNEMAN, Robert A. & RIDDLE, Mark (2011). Concepts and Measures for Basic Network Analysis. The Sage Handbook of Social Network Analysis. SAGE. 2011
- HANNEMAN, Robert A. and RIDDLE, Mark. . Introduction to social network methods. Riverside, CA: University of California, Riverside (published in digital form at <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/>). 2005
- HONNETH, Alex."Democracia como cooperação reflexiva: John Dewey e a teoria democrática hoje. In SOUZA, J. **Democracia hoje**: novos desafios para a teoria democrática contemporânea, Brasília, Editora da UnB, pp. 63-91.2001
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro, 1996
- JONES , Candace; HESTERLY , William S.; BORGATTI, Stephen P. A General Theory of Network Governance: Exchange Conditions and Social Mechanisms. **The Academy of Management Review**, Vol. 22, No. 4 pp. 911-945, 1997.
- KEAST, Robyn L., MANDELL, Myrna P., BROWN, Kerry A., & WOOLCOCK, Geoffery W. Network structures : working differently and changing expectations. **Public Administration Review**, 64(3), pp. 363-371. 2004

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

KRÜGER, T R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e políticas públicas**. No 22 - dez de 2000.

KUMAR, Khishan. Sociedade Civil. In OUTHWAITE, William. BOTTOMORE, Tom. GELLNER, E. NISBET R. TOURAINE, A.(eds.) **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.1996

Lalonde, M. A **New Perspective on the Health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões In FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LOPES, Fernando dias; BALDI, Mariana. Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000500003>.

LOUREIRO, Maria Rita. ABRUCIO, Fernando Luiz. **Incrementalismo, negociação e accountability**: análise preliminar das reformas fiscais no Brasil **POLÍTICAS PÚBLICAS DA ANPOCS (GT 14) Anpocs**. Caxambu/MG. Outubro de 2002

MACHADO, Rosani Ramos, et all. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(1):181-7. Acessado em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>.

MANDELL, M.P. Network Management: strategic behavior in the public sector. In CAGE, R.; MANDELL, MP. **Strategies for managing intergovernmental policies and networks**. Praeger, ny, 1990

MARQUES, E. Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Revan/Fapesp. 2000

MARQUES, E. Redes sociais, instituições e atores políticos no governo da cidade de São Paulo. São Paulo, Annablume. 2002

MARSH, D. (ED.) **Comparing Policy Networks**. Buckingham: Open University Press, 1997

MCCARTY, Christopher. "Measuring Structure in Personal Networks." *Journal of Social Structure* 3:1 (2002)..

MENDES, E V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2007.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. Hucitec, São Paulo, 1996

MERCADANTE, Otávio (Coord.). *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOISES, José Álvaro. Cultura política, instituições e democracia: lições da experiência brasileira. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 66, Feb. 2008 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092008000100002>.

MORENO, J. L.. **Who Shall Survive?** Washington, DC: Nervous and Mental Disease

MOTTA, Luiz Eduardo. Nicos Poulantzas, 30 anos depois. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 17, n. 33, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782009000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-4478200900020001>

MOTTA, Luiz Eduardo. Nicos Poulantzas, 30 anos depois. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 17, n. 33, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782009000200017&lng=en&nrm=iso>. Access on 26 Oct. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782009000200017>

MOYSES, Samuel Jorge; MOYSES, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Jan. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300015>

NEWMAN, M. E. J. **The mathematics of networks..** Center for the Study of Complex Systems, University of Michigan, Ann Arbor, MI 48109–1040. Acessado em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=the%20mathematics%20of%20networks&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fciteseerx.ist.psu.edu%2Fviewdoc%2Fdownload%3Fdoi%3D10.1.1.131.8175%26rep%3Drep1%26type%3Dpdf&ei=5u3CTtLcLv>

[0gHl6c3qDg&usg=AFQjCNGTj5yEI7gc7ACfwv3Qx- -uL5KAw&sig2=aZlM21kVFN62NgRmyt62Og](https://www.google.com/search?q=0gHl6c3qDg&usg=AFQjCNGTj5yEI7gc7ACfwv3Qx- -uL5KAw&sig2=aZlM21kVFN62NgRmyt62Og)

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

OBSERVA POA,. **História do bairro Partenon**.http://www.observapoa.palegre.com.br/default.php?p_bairro=145&hist=1&p_sistema=S. 2009

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: FLEURY, S (org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES São Paulo: 1997

PAOLI, Maria Célia. Empresas e responsabilidade social: os enredamentos da cidadania no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002

PINTO, Céli Regina Jardim. Espaços deliberativos e a questão da representação. **Rev. bras. Ci. Soc.**, Fev 2004, vol.19, no.54, p.97-113.

PODOLNY, Joel M. and PAGE Karen L. Network Forms of Organization. **Annual Review of Sociology** Vol. 24: 57-76, 1998.

PROVAN, Keith G. and MILWARD, H. Brinton. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. **Public Administration Review**, 61(4), July/August, pp. 414-423. 2001.

PROVAN, KG . KENIS, P. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. **Journal of Public Administration Research and Theory**, 18:229–252. 2007

Publishing Company. 1934

PUTNAM, Robert. **Comunidade e Democracia**: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas. 1996.

RADCLIFFE-BROWN A. R. FORDE Daryll. **African Systems of Kinship and Marriage**. Oxford University Press London. 1950

RELATÓRIO CONSTRUINDO A LOMBA DO FUTURO. Mimeo. 2005

SANTOS, M. A **Natureza do Espaço**: técnica, razão e emoção. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, O. A., AZEVEDO, S. RIBEIRO L. C. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In SANTOS, Orlando Alves dos Junior, QUEIROZ, Luiz Cesar de; AZEVEDO Sergio de (orgs) **Governança democrática e poder local**: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, FASE, 2004)

SARTORI, Giovanni. **A teoria da democracia revisitada**: o debate contemporâneo. v. 1, [s. l.], Editora Ática, 1994

SCHRAIBER, Lilia Blima. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, Wilza e MONTEIRO Simone (org) **Gênero e Saúde**: PSF em questão /. RJ: ABRASCO: Brasília, 2005

SCOTT, Parry. Gênero, Família e Comunidade: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. In: VILLELA, Wilza e MONTEIRO Simone (org) **Gênero e Saúde**: PSF em questão /. RJ: ABRASCO: Brasília, 2005

SHORE, Cris. Comunidade. **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996, pp. 115-117

SILVA, Frederico Barbosa da. JACCOUD, Luciana. BEGHIN Nathalie **Políticas Sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias.** In Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo. Brasília, 2005

SILVA, Frederico Barbosa da. JACCOUD, Luciana. BEGHIN Nathalie. Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In: **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo.** IPEA.2000

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local.** 1ªEd. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SIMMEL. G.. **On individuality and social forms.** Selected writings. Edited by Donald N.Levine. Chicago/Londres, The Univerisity of Chicago Press. 1971

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias, GOMES, Paulo César da Costa, CORRÊA, Roberto Lobato (orgs.) **Geografia: Conceitos e Temas.** 5ª edição. Bertrand: Rio de Janeiro, 2003.

STRAUSS, Anselm. **Continual Permutations of Action.** Hawthorne, NY: Aldine. 2009

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.

THOMAS, W.I. The unadjusted girl. Boston: Little, Brown, and Co.,. 1923.

TOURAINÉ, Alain. **Palavra e sangue:** política e sociedade na América Latina. Campinas: Editora Unicamp, 1989.

WASSERMAN ; FAUST. **Social Network Analysis: Methods and Applications**. Cambridge University Press 1994

WELLMAN, B. Communities. In Social Structures: a network approach. WELLMAN, B. and BERKOWITZ S.D. (orgs). Cambridge; New York; Cambridge University Press. 1988.

WELLMAN, B. Structural analysis: from metaphor to substance. In Social Structures: a network approach. WELLMAN, B. and BERKOWITZ S.D. (orgs). Cambridge; New York; Cambridge University Press. 1988(a).

WHITE , Harrison C. **Identity and Control: How Social Formations Emerge** Princeton University Press, 2008

WHITE, H. C., BOORMAN, S. A., AND BREIGER, R. L. Social structure from multiple networks: I. Blockmodels of roles and positions. **American Journal of Sociology** 81:730-780. 1976

YOUNG, I. M.. **Inclusion and democracy**. New York: Oxford University Press 2002

Zero hora editorial. http://novosite.simers.org.br/cms/arquivos/noticias/noticia_78.pdf. Acessado em 3 de novembro de 2009 jornal de 2 de 10 de 2007.

ANEXOS

ANEXO A- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE CIDADANIA, EXCLUSÃO E PROCESSOS DE MUDANÇA - NUCEM

QUESTIONÁRIO AGENTES DE SAÚDE				
Nº Entrevistador :		Data:	Duração:	
R	Q			
	1	Questionário		
	2	Cidade: (1) Recife, (2) Fortaleza , (3) Campinas, (4) Porto Alegre		
	3	Nome do Entrevistado:		
	4	Distrito Sanitário:		
	5	Localização onde atua o PSF:		
1 - Dados Sócio-Econômicos do Entrevistado				
	6	Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		
	7	Idade (em anos completos)		
	8	Nível Educacional - Ver tabela		
	9	Situação Conjugal - Ver tabela		
	10	Religião- Ver tabela		
	11	Tempo de atuação como agente de saúde(em anos):		
	12	Ocupação Anterior (especificar)		
	13	Tem outra ocupação (1) Sim, (2) Não (pular para a questão 14)		
	14	Se sim, especificar:		
	15	Renda mensal do(a) ACS(individual) em Reais.		
	16	Tempo de Residência na comunidade(especifique):		
Qual o nível de confiança que você deposita nas instituições abaixo relacionadas? (1) muito grande, (2) grande,(3) mais ou menos, (4)pouca, (5) nenhuma				
	17	Família		25 Justiça
	18	Igreja		26 Governo Federal e Estadual
	19	Sistema Educacional		27 Prefeitura
	20	Sistema de Saúde		28 Polícia
	21	Associação Comunitária		29 Exército
	22	ONGs que trabalham no bairro		30 Televisão
	23	Sindicatos		31 Jornal
	24	Partidos Políticos		32 Outro:
Relacione por ordem de importância as "3" maiores qualidades do PSF				
	33	1	1. Gratuidade do atendimento	5. Atendimento preventivo
	34	2	2. Calor humano no atendimento	6. Fácil acesso aos postos e hospitais
	35	3	3. Competência dos profissionais	7. Outro
			4. Gratuidade dos medicamentos	8. Outro:
Relacione por ordem de importância os "3" piores defeitos do PSF?				
	36	1	1. Dificuldade de atendimento	5. Falta de programas preventivos
	37	2	2. Falta de atenção dos profissionais	6. Dificil acesso aos postos
	38	3	3. Incompetência dos profissionais	7. Dificil acesso aos hospitais
			4. Dificuldade para obter medicamentos	8. Outro:
2. Opiniões do Entrevistado sobre a sua profissão e sobre a sua idéia de saúde				
Cite cinco palavras que vêm à sua cabeça quando ouve a palavra saúde:				
	39	palav1		
	40	palav2		
	41	palav3		
	42	palav4		
	43	palav5		
	44	Qual o seu grau de satisfação no exercício de sua função como agente de saúde da família (1)		
	45	muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouco, (5) nenhuma		
		No exercício de sua profissão, qual o seu grau de satisfação em relação aos seguintes itens: (1)		
		muito grande,grande, (3) mais ou menos, (4) pouco, (5) nenhuma		
	Salário			

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE CIDADANIA, EXCLUSÃO E PROCESSOS DE MUDANÇA - NUCEM

	46	Relação de trabalho com a equipe médica			
	47	Número de família a atender			
	48	Reconhecimento da comunidade			
	49	Reconhecimento pela equipe de saúde			
	50	Burocracia			
	51	Condições de trabalho			
	52	Estabilidade profissional			
	53	Qualificação Profissional			
	54	Possibilidade de ascensão profissional			
	55	Encaminhamentos atuais para a regulamentação da profissão			
Na sua opinião qual o nível de importância que a comunidade atribui ao exercício da sua função em relação aos itens seguintes? (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouco, (5) nenhuma					
	56	Promove a melhoria da saúde			
	57	Ajuda na prevenção de doenças			
	58	Possibilita a inclusão social			
	59	Orienta sobre cuidados com doenças			
	60	Outros:			
Indique as principais vantagens do PSF em relação a outros programas de atendimento à saúde, no que se refere aos itens abaixo (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouco, (5) nenhuma					
	61	Contato direto com as famílias			
	62	Atendimento mais próximo à comunidade			
	63	Acolhimento e envolvimento dos profissionais da saúde			
	64	Promoção de saúde			
	65	Facilidade de Acesso			
Na sua avaliação, qual a importância que a ajuda do ACS tem em relação a cada uma das situações relacionadas a seguir? (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouca, (5) nenhuma					
	66	Campanha educativa		71	Higiene: lixo, água
	67	Vacinação, nutrição e outras prevenções		72	marcação de consulta
	68	saúde feminina		73	Orientação sexual
	69	Saúde masculina		74	Saúde dos idosos
	70	saúde infantil		75	Outro:
Indique o tipo de tratamento ou orientação que sua família recorre em caso de doença, por grau de importância: (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouca, (5) nenhuma					
	76	Tratamento indicado pelo medico		80	Remédios caseiros
	77	Remédios indicados na farmácia		81	Rezas, bençãos e passes
	78	Conselho de familiares e vizinhos		82	Conselhos de padres e pastores
	79	Auto-medicação		83	Outro:
		Com que frequência o senhor(a) realiza visita domésticas? (1) ocasionalmente, sem regularidade, (2) uma vez a cada 2 meses, (3) mensal, (4) quizenal, (5) semanal			
Ordene até cinco casos por grau de importância de grupos de pessoas da família para a atenção dos serviços do ACS.					
	85	1	1- Homens idosos (acima de 60 anos)	5 - Adolescentes masculinos (entre 10 a 19 anos)	
	86	2	2 - Mulheres idosas (acima de 60 anos)	6 - Adolescentes femininos (entre 10 e 19 anos)	
	87	3	3 - Homens adultos (entre 20 e 59 anos)	7 - Crianças de 1 a 9 anos	
	88	4	4 - Mulheres adultas (entre 20 e 59 anos) 8 - Crianças menores de 1 ano		
	89	5			
Sobre o trabalho do agente comunitário de saúde na prevenção e cuidados com doenças					
		Você já trabalhou com a comunidade em campanhas de prevenção à doenças? (1) Sim {resp. 90 todas}, (2) Não {pular para 92}			

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE CIDADANIA, EXCLUSÃO E PROCESSOS DE MUDANÇA - NUCEM

	91	Sim - Indicar a mais recente		
Cite as três principais atividades que você desenvolve voltadas a prevenção e combate à doenças.				
	92	1º	1 - Visita as famílias	5 - Orientação sobre prevenção
	93	2º	2 - Encaminhamentos para serviço de saúde	6 - Marcação de consulta
	94	3º	3 - Divulgação da Campanha	7 - Outro:
			4 - Orientação sobre os cuidados com os pacientes	8 - Outro:
	95	Na sua opinião, as pessoas estão bem informadas sobre como se prevenir contra doenças? (1) sim, (2) mais ou menos, (3) não		
	96	Na sua opinião, há uma prática sobre a importância de se prevenir? (1) sim, (2) mais ou menos, (3) não		
	97	Você recebeu treinamento para trabalhar com questões ligadas a doenças? (1) sim, (2) não - {pular para 99},		
	98	Se recebeu treinamento, você achou que este treinamento lhe deu informações suficientes para lidar com a atenção a pessoas com estas doenças? (1) Sim, (2) em parte, (3) não		
Relação do PSF com organizações sociais				
		Você recebe (ou já recebeu) colaboração de ONGs e associações na realização de seu trabalho? (1) SIM, (2) NÃO (Pular para questão 106)		
(Se recebe colaboração de Ongs e associações) Qual a importância dessa colaboração no trabalho que vocês realizam em conjunto? (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4)pouca, (5) nenhuma				
100	Divulgação de campanhas			103 Formação de Grupos
101	Reunião com moradores			104 Orientações
102	Capacitação			105 Outros:
Qual é (ou seria) a importância das ONGs e Associações, no que diz respeito aos seguintes aspectos: (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4)pouca, (5) nenhuma				
	106	União da Comunidade		110 Divulgação dos trabalhos do PSF junto a comunidade
	107	Fortalecimento da Comunidade		111 Desenvolvimento comunitário
	108	Conscientização da comunidade		112 Outros:
	109	Promoção da Saúde		113 Outros:
	114	Você interage com outros agentes de saúde de sua Unidade de Saúde? (1) SIM (2) NÃO (pular para 116)		
	115	Qual o principal tipo de interação existente? (1) lazer, (2) outros trabalhos não ligados ao PSF, (3) Atividades políticas, (4) outros trabalhos com o PSF, (5) Outros:		
	116	Você interage com outros agentes de saúde de outras Unidades ou Distritos Sanitários? (1)SIM, (2) NÃO (próxima questão N.A)		
	117	Qual o principal tipo de interação existente? (1) lazer, (2) outros trabalhos não ligados ao PSF, (3) Atividades políticas, (4) outros trabalhos com o PSF, (5) Outros:		

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE CIDADANIA, EXCLUSÃO E PROCESSOS DE MUDANÇA - NUCEM

Redes														
118 - Liste até nove ONGs ou Associações que atuam na comunidade que você conheça														
Nome da Instituição						Tipo de Entidade								
1(ong1)														
2(ong2)														
3(ong3)														
4(ong4)														
5(ong5)														
6(ong6)														
7(ong7)														
8(ong8)														
9(ong9)														
119 - Como você conheceu a instituição?						1	2	3	4	5	6	7	8	9
Conheço um amigo que lá atua														
Através de alguém que frequenta a minha igreja														
Através de alguém que trabalha comigo														
Através de alguém da minha família														
Fui informado por anúncio ou por uma outra forma indireta(carro de som, propaganda, etc)														
Entrei em contato por razões profissionais (convidado a partir de contato Institucional)														
Outro:														
120 - Que tipo de contato você mantém com a instituição						1	2	3	4	5	6	7	8	9
Participo de reuniões ou da vida associativa, mas de forma esporádica														
Colaboro enquanto voluntário de alguma atividade (na sua execução), com regularidade														
Participo (enquanto consumidor) de algum serviço oferecido pela Instituição (serviços, festividades, etc) (consum 1 a 9)														
Desenvolvo alguma atividade ligada ao meu trabalho de Agente de Saúde														
Outro:														
121 - Caso a Instituição desenvolva alguma atividade junto com o PSF, especifique						1	2	3	4	5	6	7	8	9
Participação em campanha de vacinação														
Participação em campanha educativa sobre DST's														
Participação em campanha educativa sobre temas ligados a saúde em geral														
Outro:														
122 - Como Você avalia os trabalhos realizados em parceria com as Associações e ONGs?						1	2	3	4	5	6	7	8	9
Excelente														
Bom														
Regular														
Ruim														
Péssimo														
123 - Durante quanto tempo você realizou trabalhos com as Associações e ONGs?						1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frequentemente mais de um ano														
Frequentemente menos de um ano														
Esporadicamente (por um longo tempo, mas por diversos períodos curtos)														
Apenas durante a realização de alguma atividade específica (somente uma vez)														

ANEXO B- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE CIDADANIA, EXCLUSÃO E PROCESSOS DE MUDANÇA

Questionário Família

Entrevistador: Data: Duração:

Nome do Entrevistado:

Unidade de saúde:		ACS responsável:	
	1	Número do questionário	
	2	Cidade: (1) Recife; (2) Fortaleza; (3) Campinas; (4) Porto Alegre	
	3	Número de ordem do informante no quadro 1	
	4	Quantas famílias moram neste imóvel, incluindo sua família?	
	5	Qual o total de pessoas destas famílias, incluindo sua família?	
	17	Chefe de família natural de: (1) RM; (2) Estado; (3) NE; (4) Sudeste (5) Sul (6) Outra região do Brasil; (5) Outro país.	
	7	Tempo que mora no bairro: 1) menos de 1 ano; 2) entre 1 e 5 anos; 3) mais de 5 anos	
	46	Natureza da união atual do chefe: (1) Casamento civil e religioso; (2) só casamento civil; (3) só casamento religioso; (4) união consensual; (5) não tem companheiro; (6) outro:	
	(3)	Natureza de união anterior do chefe: (1) Casamento civil e religioso; (2) só casamento civil; (3) só casamento religioso; (4) união consensual; (5) não teve (6) Outro:	
	10	Número de filhos de uniões anteriores	
	11	Situação dos filhos de uniões anteriores: (1) Todos neste domicílio; (2) todos em outros domicílios; (3) Parte neste e parte em outros domicílios	
	12	Qual a sua Religião? (1) Sem religião; (2) Espírita; (3) Católico praticante; (4) Católico não praticante; (5) Protestante; (6) Evangélico; (7) Afro-Brasileira; (8) Outro:	
	13	Outros membros adultos da sua família freqüentam religião diferente da sua? Se sim, informar a com maior número de adeptos. (1) não; (2) Espírita; (3) Católico praticante; (4) Católico não praticante; (5) Protestante; (6) Evangélico; (7) Afro-Brasileira; (8) Outro:	
Você ou alguém da sua família participa das organizações e associações abaixo relacionadas: (1) não; (2) ocasionalmente; (3) só nos momentos mais importantes; (4) regularmente; (5) participa na coordenação.			
	14	Organizações religiosas	19 Associação esportiva
	15	Sindicato	20 Grupos música, teatro, pintura,...
	16	Partido político	21 Grupos de jovens
	17	Associações de moradores ou comunitárias	22 Grupos de mulheres
	18	Cooperativas	23 ONG:
Se não participa, pule para questão seguinte. Qual a importância das razões abaixo relacionadas para a participação de sua família nas organizações e associações do seu bairro? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma			
	24	Mais fácil para conseguir casa própria	30 Tenho amizade com coordenadores
	25	Facilita acesso ao PSF	31 Tenho admiração pelos líderes
	26	Garante o acesso à escola do bairro	32 Relacionamento pessoas importantes
	27	Facilita o acesso à creche do bairro	33 Combater os atuais coordenadores
	28	Possibilita acesso a linhas de crédito	34 Solidariedade comunitária
	29	Oportunidade de conseguir emprego	35 Outro:
Qual o seu nível de satisfação com as seguintes instituições ou serviços do seu bairro? (1) muito grande; (2) grande (3) mais ou menos; (4) pouco; (5) nenhuma.			
	36	Escola	41 Esgotamento sanitário
	37	Igreja	42 Recolhimento do lixo
	38	Unidade de saúde	43 Transporte coletivo
	39	Conservação das ruas e praças	44 Bolsa família e outras
	40	Serviço policial	45 Outro:

Qual a importância das atividades ou espaços abaixo para a convivência com a comunidade do bairro? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.

	46	Festa de família		55	Grupos temáticos do PSF
	47	Festas ou atividades religiosas		56	Reuniões do CAPS
	48	Outras festas do bairro		57	Associações do bairro
	49	Eventos ou festividades escolares		58	Reuniões da igreja
	50	Atividades da família na escola		59	Convivência nas ruas e praças
	51	Campos de futebol e outros		60	Centros sociais
	52	Clubes		61	ONG:
	53	Bares		62	Feira
	54	Outro:		63	Outro:

Qual a importância dos fatores abaixo listados para a determinação de sua qualidade de vida? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.

	64	Família		70	Religião
	65	Amigos		71	Política
	66	Vizinhos		72	Segurança
	67	Trabalho		73	Saúde
	68	Escola ou outras atividades diárias		74	Lazer
	69	Serviços comunitários		75	Dinheiro

Qual o nível de confiança que você deposita nas instituições abaixo relacionadas? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.

	76	Família		84	Justiça
	77	Igreja		85	Governos Federal e Estadual
	78	Sistema educacional		86	Prefeitura
	79	Sistema de saúde		87	Polícia
	80	Associação comunitária		88	Exército
	81	Ongs que trabalham no bairro		89	Televisão
	82	Sindicatos		90	Jornal
	83	Partidos políticos		91	Outro:

92 O domicílio onde mora é: (1) Próprio já pago, (2) Próprio ainda pagando, (3) Alugado, (4) Cedido por empregador, (5) Cedido de outra forma, (6) outra:

93 Qual a participação das despesas com saúde na renda familiar? (1) abaixo de 10%; (2) entre 10 e 20%; (3) entre 20 e 30%; (4) acima de 30%

Relacione por ordem de importância as três maiores qualidades do PSF

	94	1ª	1. Gratuidade do atendimento	5. Atendimento preventivo
	95	2ª	2. Calor humano do atendimento	6. Fácil acesso aos postos e hospitais
	96	3ª	3. Competência dos profissionais	7. outro:
			4. Gratuidade dos medicamentos	8. outro:

Relacione por ordem de importância os três piores defeitos do PSF

	97	1º	1. Dificuldade de atendimento	5. Falta de programas preventivos
	98	2ª	2. Falta de atenção dos profissionais	6. Dificil acesso aos postos e hospitais
	99	3ª	3. Incompetência dos profissionais	7. outro:
	100		4. Dificuldade para obter os medicamentos	8. outro:

Indique os tipos de tratamentos ou orientação que sua família recorre em caso de doença, por grau de importância: (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.

	101	Tratamento indicado pelo médico		105	Remédios caseiros
	102	Remédios indicados nas farmácias		106	Rezas, bênçãos e passes
	103	Conselhos de familiares e vizinhos		107	Conselhos de padres e pastores
	104	Auto-medicação		108	Outro:

Na sua opinião, qual a importância do trabalho do ACS para a comunidade no que se refere aos seguintes itens: (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma			
109	Promove a melhoria da saúde	112	Orienta sobre os cuidados com a
110	Ajuda na prevenção de doenças		doença
111	Possibilita a inclusão social	113	Outros:
Na sua avaliação, qual a importância que a ajuda do ACS tem com relação a cada uma das situações relacionadas a seguir? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.			
	114 Campanha Educativa	120	Higiene: lixo, água,
	115 Vacinação, nutrição e outras prevenções.	121	Marcação de consulta
	116 Saúde feminina	122	Orientação Sexual
	117 Saúde masculina	123	Saúde dos idosos
	118 Saúde infantil	124	Outro:
	119 Frequência que o ASC visita a sua casa: (1) ocasionalmente, sem regularidade; (2) uma vez cada dois meses; (3) mensal; (4) quinzenal; (5) semanal.		
Ordene, até cinco casos, por grau de importância que os(as) ACS realizam nas visitas domésticas para as seguintes pessoas da família.			
	125	1ª	1. Homens idosos (acima de 60 anos)*
	126	2ª	2. Mulheres idosas (acima de 60 anos)*
	127	3ª	3. Homens adultos (entre 20 e 59 anos)
	128	4ª	4. Mulheres adultas (entre 20 e 59 anos)
	129	5ª	5. Adolescentes masculinos (entre 10 a 19 anos)
			6. Adolescentes femininos (entre 10 e 19 anos)
			7. Crianças de 1 até 9 anos
			8. Crianças menores de 1 ano
Quantas pessoas de sua família participam dos grupos temáticos relacionados a seguir?			
	130		Hipertensos
	131		Obesos
	132		Diabéticos
	133		Idosos
	134		Adolescentes
	135		Mães
	136		Gestantes
	137		Outro:
Qual a sua avaliação do ACS para os indicadores abaixo descritos: (1) ótimo; (2) bom; (3) mais ou menos; (4) ruim; (5) péssimo.			
	138		Regularidade das visitas
	139		Simpatia e amizade
	140		Compromisso c/ a saúde da comunidade
	141		Presença constante na comunidade
	142		Tratamento igualitário a todos
	143		Facilidade de relacionamento
	99	Avalie agora o trabalho de ACS com relação à sua família? (1) muito satisfatório satisfatório; (3) mais ou menos; (4) insatisfatório; (5). muito insatisfatório; Por quê?	
Importância dos motivos abaixo para essa família morar no mesmo domicílio: (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.			
	145		Amizade e amor
	146		Relações de sangue
	147		Já está habituado
	148		Não tem para onde ir
	149		Renda insuficiente
	150		Desemprego
	151		Obrigação religiosa
	152		Outra:
Importância dos conflitos relacionados abaixo, nas relações familiares deste domicílio: (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.			
	153		Desempregado, não dá dinheiro em casa.
	154		Falta de respeito aos mais velhos
	155		Egoísmo e mesquinhas
	156		Falta de respeito às regras da casa
	157		Falta de solidariedade
	158		Preguiça
	159		Diferença de nível cultural
	160		Brigas de homem e mulher
	161		Outro:
	162		Outro:
	163		Outro:
3			164 Outro:

Quem dessa família foi atingido por uma desses acontecimentos: (1) ninguém; (2) chefe da família; (3) cônjuge; (4) filho (a); (5) pais; (6) sobrinhos, tios ou avós; (7) genro, nora; (8) Outro:			
	165	Suicídio	170 Outro:
	166	Morte por acidente ou atropelamento	171 Outro:
	167	Morte infantil	172 Outro:
	168	Alcoolismo	173 Outro:
	169	Problemas mentais:	174 Outro:
	175	Como você e sua família se relacionam com seus vizinhos mais próximos? (1) sem relacionamento; (2) só bom dia e boa noite; (3) trocamos favores na necessidade; (4) somos amigos; (5) Outro:	
	176	Como sua família se relaciona com a maioria das pessoas do bairro: (1) sem relacionamento; (2) só bom dia e boa noite (formal); (3) trocamos favores na necessidade; (4) somos amigos; (5) Outro:	
	177	Qual o maior tipo de favores troca com seus vizinhos ou outras pessoas do bairro? (1) nenhum; (2) apoio na doença; (3) amizade e conselho; (4) empresta a comida ou dinheiro; (5) outro:	
	178	Qual o nível de confiança que você tem nos seus vizinhos e pessoas do bairro? 1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.	
	179	Qual o seu nível de satisfação na relação com seus vizinhos e o pessoal do bairro? 1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.	
	180	Considerando todos os aspectos da sua vida, você se acha uma pessoa? (1) muito feliz; (2) feliz; (3) nem feliz, nem infeliz; (4) um pouco infeliz; (5). muito infeliz	

181 Lista abaixo as 9 pessoas que você considera mais próximas de você no dia -a-dia e que você considera sua família do peito, estejam ou não dentro de sua família de sangue.

PESSOAS	TIPOS DE VÍNCULO									
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
Colocar nomes das pessoas	Códigos para Tipos de vínculos: 1) Cônjuge; 2) Filho (a); 3) Genros ou noras; 4) Pai ou mãe; 5) Sogro (a); 7) Neto (a); 8) Outro parente; 9) Vizinho (a); 10) Colega de trabalho; 11) Outro:									
Com qual destas pessoas você conta decisivamente para lhe apoiar nas situações abaixo:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Problemas emocionais										
Tomadas de decisões importantes										
Ajuda financeira ou material										
Companhia em festas ou passeios										
Acesso a autoridades e serviços										
outros										

182 Pense agora nas relações entre as pessoas que você indicou como sendo aproximadas a você. Estas pessoas se conhecem e se relacionam, ou são estranhas, ao ponto de se cruzarem na rua e não se reconhecerem? Indique na tabela abaixo, a qualidade do relacionamento entre as pessoas de sua família do peito: 1) Não se conhecem; 2) muito bom; 3) bom; 4) regular; 5) ruim; 6: péssimo.

1	2	
1	3	
1	4	
1	5	
1	6	
1	7	
1	8	
1	9	
2	3	
2	4	
2	5	
2	6	
2	7	
2	8	
2	9	
3	4	
3	5	
3	6	
3	7	
3	8	
3	9	
4	5	
4	6	
4	7	
4	8	
4	9	
5	6	
5	7	
5	8	
5	9	
6	7	
6	8	
6	9	
7	8	
7	9	
8	9	

ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS E ENFERMEIROS

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Médicos e/ou Enfermeiros

A. Sobre a rotina do médico de família, e sua especificidade em relação à prática médica tradicional.

1. O que mais lhe motiva no trabalho de médico da Família?
2. O que de especial tem o seu trabalho, quando comparado aos serviços da clínica médica tradicional?
3. Quais são as principais dificuldades em implantar um modelo de atendimento do tipo Programa Saúde da Família? Em que consiste um modelo PSF e quais as principais dificuldades em implantá-lo?
4. Na sua rotina de trabalho como são incorporadas as questões relativas ao ambiente familiar e comunitário dos pacientes?
5. Quais são os principais problemas de saúde encontrados entre seus pacientes?

B. Sobre o Trabalho dos Agentes de Saúde

6. Como são organizadas as rotinas dos agentes de saúde?
7. Você considera que os agentes de saúde têm recebido um treinamento adequado?
8. Que problemas mais relevantes você identifica na prática profissional dos agentes de saúde?
9. Quais são as contribuições mais significativas do Agente de Saúde Comunitário na organização dos serviços do PSF?
10. Como você acha que a comunidade recebe o serviço? (opinião da comunidade sobre satisfação dos serviços prestados). O que contribui mais significativamente para a satisfação/insatisfação da comunidade com os serviços oferecidos pelo PSF?

C. Sobre a relação do PSF com a estrutura associativa da comunidade

11. Existe uma prática de colaboração entre a equipe do PSF e as associações comunitárias na organização de políticas de saúde? Você poderia dar exemplos, se for o caso?
12. Qual a importância, em sua opinião, das associações de moradores e ONGs na promoção da saúde?
13. Como você avalia a participação da comunidade na vida associativa do bairro? Em que medida esta menor/maior participação pode significar mudanças na qualidade de vida das pessoas?