

EPÍLOGO: O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA: MÚLTIPLOS, SINGULARES OU INEXISTENTES?

A. Sistematizando os Discursos sobre o Território da ABS

Nos capítulos anteriores destacou-se a arquitetura do processo de construção histórico da Atenção Básica no campo das políticas de saúde no Brasil, designada no discurso do gestor federal “*como porta de entrada preferencial do SUS*”. Foram vistas as primeiras concepções no marco dos anos 70-80 - como “*cardápio básico de serviços e ações de saúde*”; em seguida como “*APS seletiva*” - por meio de programas de extensão de cobertura para populações pobres em áreas de alta vulnerabilidade sócio-sanitária; se amplia e ganha visibilidade com o PACS e o PSF nos anos 90, e em 2006, se consolida nos moldes de “*APS abrangente*”, fundindo o PSF com o PACS em uma “*estratégia centrada na saúde da família como modelo de Atenção Básica centro ordenador das redes de atenção no SUS*” (MS, 2006:2).

Nesse percurso muitos sentidos foram atribuídos a categoria território subjacente ao discurso do gestor federal, nos documentos e artigos pesquisados. A interpretação realizada na pesquisa documental, por meio da análise de discurso, pode destacar quatro conjuntos enunciativos -, em cujas formações discursivas os sentidos do território foram sendo alterados, de acordo com alguns pressupostos: a) as concepções de saúde-doença-cuidado; b) o paradigma sanitário; c) o modelo de atenção; d) a organização das práticas e, e) as relações de poder que forjaram as políticas nos períodos: 1960-1975; 1976-1985; 1986-1996; 1997-2006.

Destacam-se nas quatro formações discursivas algumas enunciações nas quais estão metaforizados os sentidos do território na saúde:

- Primeira Enunciação (1960-1979): **território-dominância** - Estado centralizador, autoritário e coercitivo; desenvolvimentismo econômico; concepção de saúde voltada para o controle de foco da doença; paradigma sanitário mecanicista - o corpo humano comparado a uma máquina que pode ser decomposta em suas partes constitutivas para intervir sobre elas; práticas de saúde centradas na ação

médica e no saneamento do meio pautado na versão ‘macia da eugenia’⁵⁹; sistema de saúde conformado por verticalidades na oferta de atenção – ações curativas individuais desenvolvidas em hospitais e pela previdência social; território da saúde com o sentido de espaço de intervenção política e, nenhuma (inexistência) apropriação pelos atores que o produzem – um espaço opaco onde apenas um ator social realiza seu projeto político, pelo uso da dimensão jurídico-política na esfera federal, efetivando a coerção-regulação sobre o corpo social.

- Segunda Enunciação (1980-1987): **território-função** - Estado centralizador e autoritário sob forte pressão de movimentos contra-hegemônicos na sociedade e na saúde (MRS), aspirações democráticas; crise econômica e fiscal; concepção de saúde voltada para doentes/doenças e medicalização dos problemas sociais; paradigma sanitário assistencialista; sistema de saúde centrado nas verticalidades na oferta de cuidados de saúde, com introdução de horizontalidades - atenção primária restrita e vigilância; território da saúde com o sentido de espaço organizador de ações e serviços, novos conteúdos – cultural e social -, incorporação de novos atores - os municípios e movimentos de resistência-apropriação por parte da população usuária.
- Terceira Enunciação (1988-2001): **território-apropriação** - Estado democrático – nova constituição voltada para o cidadão e a cidadania, o direito a cidade e a saúde; globalização econômica e neoliberalismo político; concepção de saúde ampliada – qualidade de vida; paradigma sanitário da produção social da saúde; sistema de saúde universal, descentralizado, hierarquizado e com participação da população; práticas sanitárias com predominância das horizontalidades, desenvolvidas em recortes territoriais (DS) por um conjunto de ações básicas de saúde – PACS, PSF, concepção ampliada de APS e ações de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador); foco na

⁵⁹Segundo Miskolci (2006) a eugenia emerge na Grã-Bretanha, em fins do século XIX, como um saber comprometido com idéias políticas conservadoras, nacionalistas e racistas e se dividiu em dois ramos. Grã-Bretanha, Alemanha e Estados Unidos formam o ramo "duro", baseado na concepção de Mendel sobre a hereditariedade. Nessa concepção, a hereditariedade não sofria influência do meio e, portanto, a preservação da "pureza" de certas "raças" era uma necessidade para evitar o fantasma da degeneração. Na América Latina (AL), ao contrário, constituiu o ramo "macio", influenciado pelas teorias de Lamarck e, portanto, pela idéia de que a hereditariedade era determinada tanto por fatores internos - "raciais", quanto a fatores externos - influência do meio. A versão dura resultou em práticas de controle da reprodução chegando até ao extermínio de grupos étnicos, enquanto a versão "macia" originou, particularmente, políticas públicas de higienização do espaço urbano e controle de populações. Ver: Stepan NL. A hora da Eugenia: Raça, Gênero e Nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

municipalização; território da saúde com o sentido de espaço local, de processo, entendimento dos seus usos por meio da análise de situação de saúde e condições de vida das populações, valoração da dimensão apropriação-resistência em contraposição à dominação-coerção-regulação.

- Quarta Enunciação (2002-2006): **território-transformação** – Estado democrático provedor, governo dos trabalhadores, radicalização dos espaços de cidadania; início de novo ciclo de crescimento econômico e social – acesso de camadas populares a bens de consumo duráveis, diminuição das desigualdades sociais; concepção de saúde ampliada – promoção de saúde; paradigma sanitário da produção social da saúde; práticas sanitárias articuladas para incidir sobre os determinantes sociais da saúde (causas, riscos e danos), modelo de vigilância da saúde – promoção, proteção, recuperação, intersetoriais e abordagens transdisciplinares, predominância das horizontalidades sob a gestão dos municípios e verticalidades complementares – pontos de referência do sistema; território da saúde com o sentido de espaço relacional em movimento – híbrido, múltiplos poderes e lugares – redes, identidades, territorialidades, em permanente transformação – territorialização, (des)territorialização, (re)territorialização -, com predomínio das dimensões político-social e cultural e dos conteúdos de resistência-apropriação.

Observa-se a múltiplos usos do conceito ‘território’, nos diferentes momentos de apropriação pelo sistema de saúde. O sentido polifônico ao contrário do que pensa o senso comum que o vê como negatividade, revela na linguagem a força da palavra, que se reinventa a cada situação. Portanto, ‘o território’ agrega e expõe ‘novas’ reflexões e rupturas nas concepções da política, do sistema e das práticas dos campos da saúde coletiva e da saúde pública, referidas a questões centrais na relação Estado-sociedade: a democracia, a cidadania, os direitos sociais, as desigualdades e iniquidades em saúde, a produção e a reprodução social, a comunicação, a participação, a cooperação, a emancipação e a liberdade.

Se por um lado, essa profusão de significados imprime ao ‘território’ a força da transformação, por outro, a fluidez do discurso e a fragilidade da política em empreender as mudanças desejadas e necessárias ao sistema de saúde, para consolidá-lo nos moldes em que foi forjado pelo MRS, enfraquece o conceito, turva o sentidos, diminui as relações de poder que encerra em seus limites e descontextualiza os

conteúdos que lhes dão materialidade. O resultado é a ‘vulgarização’ do termo por seu uso inapropriado na proliferação de textos e documentos recentes, com baixa adesão dos atores sociais ao trabalho territorializado, em especial junto aos profissionais de saúde e aos usuários dos serviços.

A polifonia do conceito, por outro lado, quando contextualizado alude a produções sociais realizadas por meio da ação humana, historicamente determinada, em um movimento constante de produção e reprodução da vida nesses espaços, entre fixos e fluxos (ações e objetos), com uma dinâmica própria em cada lugar, decorrente da singularidade das condições de existência (socioeconômicas, políticas, institucionais, ecológicas, culturais, étnicas, etc.) de cada população em certo tempo histórico, contribuindo de formas diversas para a produção de saúde e para organização social (SILVA, 1985, 1997; MENDES, 1993, 1996; PAIM, 1991, 1992, 1993, 1994, 1999; TEIXEIRA, 1993, 1994, 2005, 2006; COSTA & TEIXEIRA, 1999; CZERESNIA & RIBEIRO, 2000; SILVA, 2001; GUIMARÃES, 2005a, 2005b; MONKEN, 2008; GONDIM et al, 2008; MONKEN et al, 2008; BARCELLOS & MONKEN, 2007; SILVA-JUNIOR, 2006).

O território da saúde é um espaço de produção de singularidade - sempre com limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, quanto das agências e da população. (CLAVAL, 1979; HARVEY, 1980; SANTOS, 1980, 1988, 1992, 1994, 1996, 1998; CORRÊA, 1995; CASTELLS, 1983; SOJA, 1993; RAFESTTIN, 1993). Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas, e para a consolidação de intervenções no enfrentamento de problemas e de necessidades erigidos por quem o habita e o produz socialmente

São espaços onde se dão as acumulações (fenoestruturas ou capital social) - históricas, ambientais, sociais e simbólicas que podem configurar condições particulares para a produção de saúde-doença-cuidado. Daí a importância do reconhecimento do território - da territorialização, como metodologia estratégica para a caracterização da população, das condições de vida, dos problemas e necessidades de saúde, das potencialidades e, principalmente, para avaliar o impacto dos serviços sobre o estado de saúde da

população (BARCELLOS, 2000; MONKEN & BARCELLOS, 2007; GONDIM et al, 2008; MONKEN et al, 2008; GONDIM & MONKEN, 2008).

Por isso, o sentido de território que mais atende às necessidades de análise das ciências sociais e humanas, é aquele que integra múltiplas dimensões - econômica, política e sócio-cultural e subjetiva. Porquanto só é possível falar em demarcação ou delimitação em contextos onde existe uma pluralidade de agentes, de recursos e de estruturas (NUNES, 2006). Donde se conclui que, a constituição dos territórios é decorrência da vida em sociedade, ou ainda, *'os territórios (...) são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos'* (SOUZA, 1995:87).

Configura-se a partir da ação intencional de um ator sintagmático – um agente que realiza um programa em qualquer nível da realidade. Assim, ao se apropriar do espaço, de forma concreta ou abstrata, [...] o ator *'territorializa' o espaço* (RAFESTTIN, 1993:143). Significa que o território materializa as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos em um determinado tempo histórico, tornando-se, intimamente correlacionado ao contexto e ao modo de produção vigente. Este aspecto processual de formação do território constitui a *'territorialização'* (GIL, 2004:7).

Nessa concepção, o território na saúde, não pode ser (de) limitado por um simples recorte político-jurídico e operacional do sistema de saúde. Deve traduzir-se simultaneamente, como *locus* de materialidade da prática social (BOURDIEU, 1983a, 1983b, 1996) e de interação entre a população e os serviços no nível local, onde se encontram situadas, em delimitações singulares, populações com *habitus* (BOURDIEU, 1989) e estilos de vida diferentes, que determinam e condicionam suas condições de existência (DONNANGELO, 1976; CASTELLANOS, 1991, 1996; LAURELL, 1983).

Ao utilizar o conceito de território na saúde deve-se estar atentos para as palavras de SANTOS E SILVEIRA (2001: 12) *"(...)o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado"*. Isto é, não faz sentido pensar no território como mera marcação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem as normas (genoestruturas) e os limites (fronteiras) impostos por determinados atores.

O que irá delimitar o território de produção social da saúde são os diálogos e as pactuações que possam ser realizadas entre os atores que produzem a vida do lugar. Da mesma forma, as intervenções de saúde só serão efetivas se compreendidas, visualizadas e apropriadas no território por formuladores e usuários (gestores, profissionais e população) das distintas estruturas prestadoras de serviços de saúde. Esses territórios apresentam, muito mais que uma extensão geométrica, mas, sobretudo um conjunto de perfis - demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que os caracteriza e se expressam no espaço em permanente transformação (MENDES, 1993; MONKEN & BARCELLOS, 2003).

Uma proposta de mudança de práticas de ABS, pautadas na ação sob territórios deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos interação no território, como são percebidos pela população e, até que ponto as regras de utilização dos recursos e das acumulações (fluxos de produção) pela população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde cujas características são passíveis de identificação (GONDIM et al, 2008; MONKEN et al, 2008; BARCELLOS E MONKEN, 2007).

Nesta abordagem, a reprodução social (SAMAJA, 2000; BARATA, 2000, 2005) está relacionada diretamente com a reprodução material da vida cotidiana traduzida pelas condições concretas de existência da população. Essa reprodução material produz contextos diversos onde a situação de saúde está diretamente relacionada às condições de vida das pessoas e dos grupos sociais. Estes contextos são constituídos por uma diversidade de usos, como reflexo de uma rede de interações diversas nos âmbitos : social, político, econômico, cultural e territorial, implicados no processo social como um todo.

A análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para operacionalizar a tomada de decisão e para a definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo de saúde-doença, ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; seqüelas; e nas doenças e agravos (TEIXEIRA et all, 1998).

Essas dimensões, entretanto, não estão separadas no espaço do território, se entrelaçam, interconectam, interagem, e muitas vezes são causas, efeitos ou condições que se

direcionam para configurar uma situação-problema em contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais. É deste modo, que os conteúdos do território podem ser acionados para potencializar a ação do Estado na institucionalização de políticas públicas, na operacionalização de ações intersetoriais e no desenvolvimento de outras práticas de saúde que emergem do corpo social, devido ao seu poder de realização - sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades.

Para MONKEN & BARCELLOS (2005) ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional do setor saúde é preciso reconhecer nos territórios mais do que a sua delimitação “ótima” do ponto de vista funcional, mas percebê-lo como uma instância de poder, do qual participam as populações a eles adscritas. Só assim, este poder será legítimo. Para isso é preciso conhecer o território, sua população e os processos que aí se desenvolvem (o território usado), bem como reconhecer as múltiplas e diversas territorialidades existentes na “arena territorial”, como apontado por COX (1991).

É preciso situar o setor saúde como um ator social (MATUS, 1989) a mais (e não o único) na arena social e política, com atribuições específicas, a saber, ajudar a construir ambientes favoráveis à saúde. Esta construção será tão mais sólida quanto maior o grau de participação dos atores implicados e respeitada suas territorialidades. Por isso, utilizar a categoria território como elemento estruturador das ações em saúde é mais do que gerar novas delimitações administrativas é buscar transformar contextos, atores e situações de vida e saúde em uma ação sinérgica que se configura no jogo social.

As premissas de participação, pactuação, cooperação e responsabilidade solidária contidas nos discursos do gestor federal, são interpretadas como estratégias político-territoriais que o sistema de saúde dispõe para colocar em prática as diretrizes da descentralização, da regionalização e da municipalização, de modo a assegurar os princípios constitucionais - universalidade, equidade e integralidade das ações, instituintes do SUS, como garantia a todo cidadão do direito a cidade e a saúde, assegurado pelo Estado (GONDIM et al, 2008).

Estas estratégias serão tão mais eficazes quanto mais informados estejam os agentes do espaço acerca dos processos em que participam para construção dos territórios da saúde, concebidos como processos onde existem superposições de intenções e práticas de

diferentes atores e conflitos. Essas tensões se traduzem em estruturas incorporadas – *habitus*, que os diferentes atores sociais criam a partir de seu campo de ação e de sua práxis no território onde busca hegemonizar seus projetos no espaço.

B. Território Múltiplo e Uno – entre a práxis social e individual

Ao se trabalhar com os conceitos de território, agente e poder ao longo desta tese, fez-se necessário, para essa conclusão, incluir a noção de *habitus* como uma categoria de análise importante para interpretação dos sentidos do território, por expressar uma competência prática, adquirida ‘na e para a ação’⁶⁰ e que opera ao nível da consciência. Cria a possibilidade de incluir, na análise, a subjetividade dos sujeitos, como singularidades na totalidade da prática social.

Manifesta-se como uma habilidade individual e social, que varia com o tempo, o lugar e, sobretudo, através da distribuição de poder. Pode também ser transferível para vários outros domínios de prática - no consumo de bens e serviços, nas escolhas políticas –, no interior e entre indivíduos da mesma classe e que fundamenta os distintos estilos de vida (BOURDIEU 1996, 1983a, 1983b, 1989).

Para BOURDIEU (1996), a explicação da realidade social, em qualquer espaço, exige não somente o conhecimento do nível macro - das estruturas sociais, mas também uma compreensão das ações individuais - do *habitus*, que pode ser assim descrito:

- É duradouro, mas não estático ou eterno: as disposições são socialmente montadas e podem ser corroídas, contrariadas, ou mesmo desmanteladas pela exposição a novas forças externas;
- Possui inércia incorporada, quer dizer, na medida em que o *habitus* tende a produzir práticas moldadas depois das estruturas sociais que os geraram. Assim, cada uma dessas camadas opera como um prisma através do qual as últimas experiências são filtradas e os subseqüentes estratos de disposições sobrepostos

⁶⁰ A filosofia da ação ou da práxis - como agir individual e social, político e ético -, condensa um conjunto de conceitos-chave que compõem o núcleo do pensamento de Pierre Bourdieu – *habitus*, capital social, campo social, espaço social -, os quais têm como ponto central a relação dialógica entre as estruturas objetivas (dos campos sociais) e as estruturas incorporadas (do *habitus*). Ver: KONDER, Leandro. O futuro da filosofia da práxis: o Pensamento de Marx no século XXI. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

(como por exemplo, o peso desproporcional dos esquemas implantados na infância);

- Introduce uma defasagem, e por vezes um hiato, entre as determinações passadas que o produziu e as determinações atuais que o interpela;
- Confere às práticas a sua relativa autonomia no que diz respeito às determinações externas do presente imediato. Esta autonomia é a do passado, ordenado e atuante, que, funcionando como capital acumulado - produz história na base da história, e assim assegura que a permanência no interior da mudança faça do agente individual um mundo no interior do mundo (BOURDIEU, 1996:56).

Os elementos que estruturam o *habitus* permitem estabelecer, as relações entre as diversas posições sociais que os agentes assumem ao longo de sua vida social, suas práticas e o que os leva a tomar certas decisões, que os diferenciam, singularizam e distinguem uns dos outros. Enquanto estruturas incorporadas socialmente geram, unificam e (re)traduzem características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida (SETTON, 2002). Estes, por sua vez, incidem nos determinantes sociais da saúde e definem territórios, onde atores sociais – usuários adscritos, demandam ao sistema de saúde, desenvolver ações para intervir na situação de saúde, para resolver problemas e atender a necessidades na esfera individual e coletiva.

Ressalta-se que a idéia de diferenciação - de separação, está inculcada na noção de espaço, como um conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento, bem como por relações de hierarquia (BOURDIEU, 1996; CARVALHO, 1987).

Nesse sentido, os territórios se constroem no espaço social, de forma que os agentes ou os grupos sociais se distribuam em sua superfície em função de sua posição nas estruturas econômica (capital econômico), social (capital social) e cultural (capital cultural). Assim, o setor saúde como um agente do espaço também realiza diferenciações territoriais, e assume posições particulares para materializar seus projetos e intencionalidades, os quais vão definir para mais ou para menos sua capacidade (poder) de atuar junto à população.

É nessa direção, que o conceito de *habitus*, enquanto instrumento de análise que efetua a mediação entre os condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade dos sujeitos, pode auxiliar na identificação de identidades sociais, de singularidades territoriais e revelar especificidades das práticas, na perspectiva de sua reconstrução ou construção de novos *habitus*. BOURDIEU (1983b:106) assinala em um de seus textos que “... *habitus é também adaptação... e realiza sem cessar um ajustamento ao mundo que só excepcionalmente assume a forma de uma conversão radical*”.

Sua incorporação na definição de territórios no campo da saúde é fundamental para a efetivação do diálogo entre população usuária, gestores e profissionais de saúde, no sentido de pactuarem práticas de vigilância da saúde - promoção, proteção e assistência, sob a égide da co-responsabilização para a produção de saúde e para a superação da exclusão (diferenças não aceitas) - particularidades de cada um individualmente e como parte de um coletivo e de um grupo ou classe social.

É possível afirmar, sob a ótica dos conceitos de *habitus* e de campo social, que os territórios definidos pela AB/ESF, enquanto espaços de produção de saúde podem evidenciar desigualdades e iniquidades sociais existentes na população, decorrentes dos processos de produção, apropriação e consumo, configurados em homogeneidades e heterogeneidades espaciais, e contribuir para o desenvolvimento de ações que incidam sobre os determinantes da saúde.

C. Os Significados da ABS – dimensões da realidade

As explicações aos fenômenos sociais, inclusive aqueles do campo da saúde, são elaboradas a partir de diferentes perspectivas ou posições, as quais vão estar referidas a percepção de cada ator social que a descrevem, consoante a situação que em que se encontra no processo explicativo, em um determinado tempo e lugar. A forma como os problemas são definidos vai delimitar o espaço da explicação utilizado por cada ator social envolvido na observação de cada fenômeno (fenoestruturas).

De acordo como as posições de onde os fenômenos são percebidos haverá uma potência mobilizadora de forças sociais em função de sua eficácia social e em relação a seus propósitos – projetos sociais ou técnico-científicos. Portanto, é no confronto dos projetos de cada ator social (conceitos, teorias, métodos e técnicas) na busca por

entender, estruturar, explicar e resolver os problemas que se interpõem no cotidiano da prática social (jogo social), que se constituem os conflitos e os consensos entre eles.

A depender de como se define o fenômeno, delimita-se o espaço de explicação utilizado por cada ator social envolvido na situação. No Quadro 3 estão sistematizadas as posições que os atores podem assumir no jogo social ao analisarem problemas de saúde, destacando na explicação e ação sobre a realidade, as vantagens e as desvantagens de uma posição em relação as outras no plano da produção social.

QUADRO 3 - Posição do Ator - Explicação e Ação sobre a Realidade
(Análise das Condições de Vida e Situação de Saúde)

POSIÇÃO DO ATOR	EXPLICAÇÃO E AÇÃO SOBRE A REALIDADE OBSERVADA (Análise de condições de vida e situação de saúde)	
	Vantagens	Desvantagens
Singular	Identifica problemas específicos em indivíduos e grupos sociais, localiza os determinantes sociais (causa, riscos e danos). Conhece os estilos de vida e os fatores de riscos. Conhece a população, constrói laços, cria identidades.	Intervenções pontuais, dirigidas a pessoas e grupos através de programas que compõem o modelo assistencial. Poucos recursos de poder, e o espaço da atenção é limitado.
Particular	Identifica o perfil de saúde-doença de grupos populacionais. As explicações dos fenômenos articulam os processos de reprodução social – biológico, ecológico, da consciência e conduta e econômico. Identifica os fatos que podem acumular poder para efetuar transformações na dimensão do geral. O modelo assistencial tende a se organizar por programas voltados para grupos populacionais - permite maior descentralização e participação da população na perspectiva de transformação das condições de existência das pessoas. Permite recuperar os processos mediadores entre a dimensão do geral e suas manifestações no nível do singular.	Dificuldades teóricas e metodológicas dos que trabalham nos serviços de saúde em identificar e definir os problemas de saúde-doença nesse nível. Limitações dos serviços em incorporar o pensamento social mais avançado para compreender os espaços técnicos de mediações articulando-os à dimensão do geral.
Geral	Os problemas de saúde-doença se materializam pela priorização de necessidade através de políticas e planos, a partir de perfis de saúde da população, do modelo assistencial e dos processos econômico, político, demográfico e ambiental. Reúne mais recursos de poder e acumulações técnico-científicas e tecnológicas.	Dificuldades teóricas e metodológicas para efetuar cenários prospectivos do fenômeno saúde-doença articulando elementos do singular e do geral.

(GONDIM, GMM., 2010. Elaborado a partir de Castellanos, 1987)

A cada posição do ator corresponde a uma análise específica: **no espaço singular** – as variações entre indivíduos ou atributos individuais; **no espaço particular** – as variações de perfil de saúde-doença em níveis de grupos populacionais, e, **no espaço geral** – as

necessidades que definem decisões e prioridades ou as características básicas dos modelos assistenciais.

Isoladamente, cada posição apresenta vantagens e desvantagens, e indica a importância de se analisar os problemas de saúde situando-os na totalidade (espaço geral, particular e singular), de modo a subsidiar adequadamente a formulação de políticas públicas nas três esferas de gestão (posições dos atores) e as proposições para sua operacionalização em territórios-população (CASTELLANOS, 1987; 1996).

Com esta sistematização e a identificação de formações discursivas nos documentos analisados, onde se localizaram os elementos definidores dos recortes territoriais da ABS/ESF - perfil de saúde-doença-cuidado, modelo de atenção, capacidade do sistema de saúde em responder a população, processo de produção e acumulações sociais, *habitus* -, optou-se, na perspectiva interpretativa de análise, por estruturar em quatro dimensões analíticas, as categorias e os sentidos do território, aos quais subjazem os aspectos estruturais e contextuais da realidade.

O resultado obtido permitiu elaborar uma Matriz de Análise, que possibilita compreender a estruturação dos territórios da ABS/ESF, subsidiada por alguns aportes teóricos tratados na tese:

- Os usos do território, suas múltiplas dimensões e conteúdos estruturais;
- Os determinantes sociais da saúde - as desigualdades e iniquidades e os contextos de produção da saúde-doença-cuidado;
- Os modelos de produção social da saúde - promoção e vigilância da saúde, que trazem em seus pressupostos estratégias para mudança de práticas;
- A teoria da ação e do jogo social, que situa o ator social e o poder que disputa no centro das relações sociais de produção;
- O planejamento estratégico-situacional e a ação comunicativa, como metodologias para aprender e exercitar a arte de governar – dialogar e pactuar.

Esse conjunto de conteúdos teóricos, associado às acumulações da prática social nos territórios (as sanitárias em seu interior) auxiliam o trabalho em saúde, a gestão, os tomadores de decisão, os profissionais de saúde e os usuários do sistema, como estratégia estruturante para construção da integralidade e o fortalecimento das políticas do SUS.

As dimensões escolhidas para compor a Matriz de Análise, destacando os sentidos do território, incorpora a sistematização do Quadro 3 sobre as posições que o ator social pode ocupar para observar e analisar a realidade, definindo ‘escalas’ – **singular, particular e geral**, que especificam: a posição do ator, um sentido referente ao conceito de território e a relação que estabelecem com os princípios e diretrizes do SUS (as regras).

Entende-se ‘dimensão de análise’ como expressão material e imaterial de um determinado conjunto de elementos ou recorte da realidade onde o ator social se situa diante de uma problemática ou um fenômeno de saúde. Na Matriz de Análise significam um conjunto de recursos – da política, do sistema, das práticas e do cuidado em saúde, que conformam o modelo territorial da política de Atenção Básica. Portanto, definem campos de ação da ABS/ESF, os desenhos territoriais e as formas de implementar a política nesses espaços. A escolha das dimensões tomou como base o Termo de Referência do PROESF (2004)⁶¹ onde estas estão descritas na metodologia do Projeto.

Foram consultados os estudos Linha Base desse Programa⁶² desenvolvidos em municípios com mais de 100.000 habitantes, no sentido de apreender como foram trabalhadas e analisadas as dimensões propostas pelo MS nos grupos de pesquisa que realizaram os estudos nos 187 municípios brasileiros, de modo a subsidiar a composição das dimensões de análise da Matriz Interpretativa proposta.

A dimensão **Político-Insitucional**: caracteriza a política e o arranjo institucional da ABS/ESF junto à gestão municipal articulados ao âmbito federal e estadual. Engloba os elementos conceituais proposta por MATUS (1993, 1997), contidos em seu triângulo de governo: o projeto de governo - relativo ao conjunto de propostas que caracterizam a perspectiva de ação, do ator em questão; a da capacidade de governo, relativa às ferramentas teórico-metodológicas que o ator social dispõe para implementar seu

⁶¹ O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF – é uma iniciativa do MS, via empréstimo celebrado com o BIRD, com o objetivo de apoiar, por meio da transferência de recursos financeiros fundo-a-fundo, a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF, nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes. A análise da evolução da cobertura da ESF, no grupo de 187 municípios participantes da Fase 1 demonstrou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro/03 a junho/07, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. <http://dab.saude.gov.br/dab/proesf/proesf1.php>

⁶² Participamos como pesquisadora desse estudo linha base do PROESF, junto ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN, no período 2004-2006, onde se avaliou 13 municípios do Nordeste. Com isso foi possível nos aproximarmos da metodologia, e adaptar alguns de seus elementos descritivos das dimensões trabalhadas no projeto a essa Tese.

projeto; e a governabilidade, como o grau de controle que o ator pode ter sobre as variáveis e os recursos mais fundamentais para realizar seu projeto.

Indica as possibilidades do espaço de gestão do sistema de saúde, nos quais as ações dos agentes são na **escala do geral**, voltadas para intervir sobre os determinantes estruturais da saúde através de políticas locais e setoriais integradas (CAMARGO Jr. et al, 2008).

DIMENSÃO	SIGNIFICADO
Político Institucional	
Projeto de Governo	<ul style="list-style-type: none"> •Propósitos do Governo •Prioridade na reorganização do modelo de atenção •Prioridade da Atenção Básica em Saúde - Institucionalização do PSF – conversão e expansão municipal •Cumprimento princípios do SUS •Ações intersetoriais
Capacidade de governo	<ul style="list-style-type: none"> •Competência na condução da reorganização do Sistema municipal de Saúde •Capacidade de administração de conflitos, alocação de recursos •Capacidade de Gestão Compartilhada •Participação de profissionais e usuários na programação das ações •Capacidade de interlocução e administração do jogo de interesses
Governabilidade	<ul style="list-style-type: none"> •Mecanismos e processos participativos de decisão no sistema de saúde municipal •Base política de apoio ao SUS local •Funcionamento do Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde, •Articulação com sociedade civil organizada e a comunidade

GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria, adaptado PROESF (2004)

A dimensão da **organização da atenção** significa a institucionalização da ABS/ESF como prioridade do sistema, primeiro nível de atenção e sua capacidade de articular o território em torno das ações a serem desenvolvidas, na **escala do particular**. Responde ao conhecimento e a integração das equipes de saúde com a comunidade, a territorialização de informações (sócio-sanitárias, econômica, políticas, cultural) e aos fluxos no acesso dos usuários aos serviços, como estratégia de comunicação e pactuação do processo de trabalho no território, assegurando serviços de qualidade e sustentabilidade local.

Refere-se ao lugar da produção social da saúde, do desenvolvimento de habilidades pessoais, da comunicação, do aprendizado e da participação social. Aqui as ações dos agentes se materializam na emancipação dos sujeitos e na melhoria da qualidade de vida, com impactos positivos sobre os determinantes sociais da saúde.

DIMENSÃO	SIGNIFICADO
Organização da Atenção	
Práticas de Gestão da ABS	<ul style="list-style-type: none"> •Prática de PPLS •Mecanismo de participação da sociedade civil na gestão do sistema de saúde local •Sistema de Informação e Comunicação – para o SUS e a comunidade •Mecanismos participativos de Monitoramento e Avaliação das Ações •Autonomia e inovação na gestão do sistema Local
Integração da ESF na Rede de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> •Integração com a Vigilância da Saúde •Fluxos e formas de Integralidade da atenção – MC e AC •Desenho da Regionalização
Oferta de Serviços	<ul style="list-style-type: none"> •Mecanismo de referência e contra-referência •Acesso e acessibilidade – fluxos territoriais
Sustentabilidade	Infra-estrutura - equipamentos compatível com a necessidade de ABS/ESF Processo de Territorialização – infra-estrutura e incorporação da população
Processos Locais Inovadores	Articulação e incorporação de redes sociais ao território Gestão e modelo de ESF colegiada Formas diferenciadas de acesso

GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria, adaptado PROESF (2004)

A dimensão **das práticas em Saúde** volta-se para os conteúdos do cotidiano, na **escala do singular** – o (re)conhecer a população em seu espaço de vida, conhecer e situar os problemas e as necessidades de saúde – territorialização. Exercitar a autonomia da equipe e dos usuários na gerência responsável local, as tensões, os conflitos os *habitus*.

DIMENSÃO	SIGNIFICADO
Práticas de Saúde	
Territorialização	<ul style="list-style-type: none"> •Reconhecimento dos problemas da população •Incorporação da população no processo de territorialização
Alternativas Terapêuticas e populares de cuidar	<ul style="list-style-type: none"> •Incorporar o direito do usuário em utilizar outras formas de cuidar e curar •Desenvolvimento de Habilidades individuais e coletivas na comunidade •Percepção sobre o processo saúde-doença-cuidado pela equipe e o papel do território
Educação Popular	<ul style="list-style-type: none"> •Incorporação das manifestações culturais nas práticas de saúde •Articulação com instituições de ensino do território •Reconhecer e incorporar práticas educativas da população

GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria, adaptado PROESF (2004)

A dimensão **do cuidado integral** encontra-se na **escala do singular**, e estabelece interconexão com o geral e o particular. Materializa o exercício da intersetorialidade e das parcerias, da integração dos sistemas locais de ABS/ESF com a vigilância da saúde e os serviços de maior complexidade dentro da proposta da regionalização. A humanização no desenvolvimento do trabalho na unidade de saúde e no território junto à comunidade. O compartilhamento da gestão com a as organizações da comunidade de

modo a assegurar condições de trabalho adequadas e permitir o monitoramento e avaliação das ações. É também o espaço de diálogo da equipe, do fortalecimento de capacidades de liderança, de realizar a gestão colegiada da unidade, da alternância do poder. De interagir com as redes e criar outras estratégias de territorialização fortalecendo o poder local – da comunidade, da equipe, da produção social de saúde.

DIMENSÃO	SIGNIFICADO
Cuidado Integral	
Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> •Uso de equipamentos coletivos para atividades de cuidar •Iniciativas da Comunidade •Ações conjuntas com órgãos governamentais e não-governamentais para resolver problemas locais
Humanização	<ul style="list-style-type: none"> •Acolhimento a população nas Unidades •Trabalho de campo – identidade com o território •Reconhecimento das condições de vida e saúde da população
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> •Reconhecimento das famílias e do seu meio social •Mecanismo de escuta às pessoas e a grupos •Confiança das famílias na equipe sob sua responsabilidade
Qualidade do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> •Responsabilidade pela família •Conhecimento do mapa familiar e sua relação com a comunidade •Conhecimento e registro adequado das queixas das famílias
Condições de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> •Incentivo a práticas inovadoras e capacitação coletiva da equipe •Recurso se infra-estrutura adequados para desenvolvimento do trabalho •Apoio da comunidade na gestão do trabalho
Trabalho em Equipe e na Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> •Integração e diálogo entre os membros da Equipe multiprofissional e com a comunidade •Motivação e interesse – autonomia da equipe para tomada de decisão •Percepção sobre o processo saúde-doença-cuidado pela equipe e o papel do território

GONDIM, G.M.M., 2010. Elaboração própria, adaptado PROESF (2004)

A Matriz Interpretativa se configura como um sistema aberto, em permanente interação/construção. Integra elementos do sistema de saúde à rede de atenção à saúde, por meio da pactuação de responsabilidade sanitária entre os 03 entes federados em suas esferas de competência, traduzidas nas dimensões de análise. As escalas e os sentidos, arrançados em ‘colméia’, se interpenetram e significam os territórios da ABS/ESF por sua articulação com os princípios e diretrizes dos SUS. Estes por sua vez, abrigam territorialidades, significando múltiplos poderes, que se materializam no processo de territorialização das práticas sanitárias. Revela no imbricamento de objetos e ações (geoestruturas e fenoestruturas), os determinantes sociais da saúde e as singularidades dos contextos de vida (campos social e de prática e habitus) definidores de lugares e identidades territoriais - elementos centrais para a formulação de políticas de saúde e de consolidação do SUS.

Figura 10 - MATRIZ DE ANÁLISE (Interpretativa)



Portanto, a Matriz é a síntese de todo o percurso realizado durante a investigação que conduziu esta tese. Representa, com já explicado, os múltiplos sentidos e significados interpretados nas enunciações do discurso do gestor federal utilizando diferentes recursos da Análise de Discurso, apoiados em concepções teóricas de diversas disciplinas e em textos e livros de autores do campo da saúde coletiva e da geografia que se debruçam sobre a ABS/ESF, políticas de saúde e de aspectos relevantes sobre o território, o espaço, o lugar.

Sua estrutura analítica foi idealizada como um sistema complexo hierárquico e adaptativo⁶³, descrito como aquele onde se pode decompor quase que todas as suas partes. *“Cada objeto de estudo abordado como totalidade, é na realidade, um subsistema de outros sistemas maiores, no seio dos quais interage com outros subsistemas de seu mesmo nível; por sua vez o objeto de estudo é estruturado internamente por subsistemas de nível inferior de complexidade, que interagem entre si”* (CASTELLANOS, 1997:40).

A abordagem dos sistemas complexos auxilia sobremaneira na compreensão dos problemas de saúde, no entendimento dos níveis de determinação do processo saúde-doença-cuidado, contribuindo na escolha de intervenções mais efetivas sobre eles.

“(…) sistemas complexos adaptativos, são aqueles que podem obter informações a respeito do meio a partir de sua própria interação com ele, identificar regularidades nessa informação, condensar estas regularidades em uma espécie de esquema ou modelo e atuar, tomando por base este esquema, ajustando-o periodicamente na medida em que este diminua sua capacidade preditiva sobre os fenômenos” (Gel-Mann, 1995 apud Castellanos, 1997:46).

Surge daí a idéia do arranjo gráfico explicativo dos sentidos do território, como signo capaz de traduzir a materialidade de seus conteúdos – sempre em movimento e transformação, em seus aspectos objetivos e subjetivos. Enseja-se que, no momento de visualização interpretativa, o leitor depreenda de imediato os significados que lhe estão sendo aludidos e quais dimensões os operacionaliza ,articulando-as com os princípios e diretrizes do SUS.

Foi necessário agregar mais dois outros elementos ao desenho lógico, os quais são centrais para a PNAB e para a estruturação dos territórios da ESF: o sistema de saúde

⁶³ Ver: Simon, H. Science of Artificial. 2nd edition. Boston: Massachusetts Institute of Technology, 1981.

(SUS), com as regras básicas - princípios, diretrizes e normas (genoestruturas), e a rede de serviços de saúde - capital social, com a capacidade de gerar fluxos de produção - fatos políticos, econômicos, sociais, culturais, comunicacionais (fenoestruturas). Dessa forma, o sistema e a rede de serviços possibilitam unir, na análise da categoria território, elementos das ciências políticas com os das ciências sociais. Nessa perspectiva agregam duas noções – o território como um híbrido e o território em rede.

Como ‘um híbrido’ sustenta-se na reflexão de SANTOS (1996:81) sobre o espaço geográfico onde afirma de que não se pode separar ‘o poder político’ representativo dos sujeitos do ‘poder científico’ representativo das coisas/idéias. Ou seja, o território como sinônimo de espaço geográfico realiza essa hibridação contida na noção Miltoniana de ‘forma-conteúdo’: *“une processo e resultado, a função à forma, o passado e o futuro, o objeto ao sujeito, o natural e o social (p.81)”*. Como território-rede, sob a idéia do “acontecer solidário”, de interconexão, de vinculação, de abertura – rompe com a dicotomia entre intrínseco e extrínseco e de justaposição da rede sobre o território (HAESBAERT, 2007:288).

SANTOS (1996:222) aludindo aos híbridos, conclui que o seu papel é justamente o de unir as quatro “*regiões*” criadas como sendo diferentes: o natural e o social, o global e o local, de modo a evitar que *“os recursos conceituais se acumulem nos quatro extremos”* (LATOURETTE, 1991:167).

Assim, a interpretação da articulação sistema e rede de serviços de saúde, sob a égide da responsabilidade sanitária e da cooperação solidária, assumidas entre os três entes federados, viabiliza a integração dos diferentes níveis de atenção e cuidado – sujeitos, práticas, estruturas, processos -, por meio da territorialização de informações, como ferramenta de trabalho que identifica, atores sociais, contextos e territorialidades para singularizar o cuidado diante das diferenças nas necessidades de saúde entre os indivíduos e os grupos sociais que usam o território.

Todos os elementos que significam ‘o território’ na Matriz de Análise encontram-se em sinergia, articulam *“pontos que se agregam sem descontinuidade”* (as horizontalidades – relações com o lugar) e *“pontos separados uns dos outros”* (as verticalidades – relações de interdependência econômica e política” de modo a assegurar o funcionamento local e global da política e do sistema de saúde (SANTOS, 1996:225) .

D. Territórios da ABS – múltiplos, singulares ou inexistente?

Mencionou-se no início desta tese, que ao se realizar uma análise de discurso, agrega-se também a subjetividade e a intencionalidade de quem interpreta: o lugar que ocupa diante do objeto estudado no momento da interpretação. Sendo assim, tem-se a clareza da envergadura do tema, sua magnitude, diante do conjunto de teorias, documentos e situações históricas que tiveram de ser acionados para construir os nexos lógicos para situar o objeto de estudo nos marcos a serem alcançados.

O esforço de isenção feito pela pesquisadora durante a investigação, para não deixar que sua inserção no SUS, por mais de 20 anos, trabalhando com a abordagem do território e da territorialização, tanto nos serviços de saúde quanto na academia, foi fundamental para identificar os silêncios e as lacunas na fala oficial sobre o tema, mas não o suficiente, para eximi-la de acionar suas vivências nos momentos de interpretação e de análise.

Diante do exposto, assume-se nessas linhas finais deste ensaio, as possibilidades e as limitações epistemológicas impostas a pesquisa, diante da incapacidade humana de abarcar, em um único movimento-momento, todas as lacunas de conhecimento necessárias de serem preenchidas em reflexão singular sobre objetos dinâmicos, multifacetados e polifônicos como o ‘território’ e a ‘saúde’, ambos simultaneamente tratados, ora como campo ora como evento, situados no interior de uma política pública recente.

Essa (in)completude exige retornar a algumas das indagações iniciais que motivaram o processo investigativo, de modo a verificar sua capacidade de resposta as questões colocadas pelo estudo. Tem-se a clareza que algumas delas foram respondidas a partir das evidências encontradas. Outras continuam e continuarão em aberto a cada tema e situação estudados, em função dos contextos, dos atores e do jogo social que os interpela, suscitando novos questionamentos e outros desenhos investigativos para respondê-los.

Ficou evidente, no discurso do gestor federal a importância dada à definição de recortes territoriais para organização do SUS, e em particular da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, em função de algumas necessidades:

- Conhecer e identificar os determinantes sociais da saúde, de modo a se intervir de forma mais eficaz e efetiva sobre os problemas de saúde;
- Orientar a organização e o desenvolvimento das práticas de saúde das equipes da ESF com, base nos contextos locais;
- Potencializar o processo de trabalho no diálogo junto à população, para fortalecer a equipe de saúde e a comunidade na perspectiva de produção social da saúde, e,
- Realizar a territorialização como estratégia de aproximação das equipes da ESF com a comunidade e de estímulo a participação e ao controle social.

Se o discurso enfatiza esses aspectos que reforçam o papel do território, por outro, os silêncios sobre a concepção que suporta essas asserções destituíram esses espaços de produção social da saúde de seu potencial relacional (conflitivo-interativo), o qual possibilita a transformação de uma prática prescritiva e um pensar instrumental, em práticas comunicativas, reflexivas e intencionais.

O conceito de ‘território’ que subjaz aos discursos da ABS/ESF, está bastante referido a noção de área física – demarcação de limites, jurisdição. Porém, há aberturas para concepções mais apropriadas que o considera como espaço de relações, de interações, de cooperação e de construção de identidades.

Resta-nos construir essa factibilidade, ouvir os atores que produzem esses territórios no cotidiano - profissionais da ESF, população e gestores - saber qual o significado do território para a vida e o trabalho; seu poder explicativo na produção da saúde-doença-cuidado e as possibilidades que oferece para produzir melhores condições de vida e saúde.

Nesse sentido, não foi possível responder, apenas pelo discurso do gestor federal se os conteúdos do território (político, social, econômico e cultural) são acionados nos processos de descentralização/municipalização e regionalização dos serviços e das ações de saúde, dado que são outros atores que realizam o trabalho nesses espaço os mais apropriados para fazê-lo.

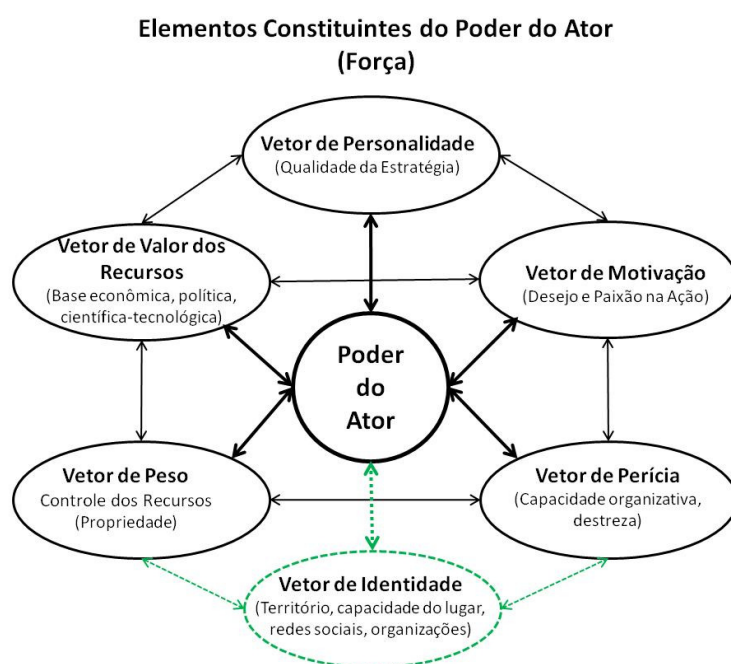
No entanto, há evidências de que no jogo social e político em que se desenvolvem essas diretrizes e se definem esses territórios, seus conteúdos são postos na arena de

negociação e pactuação limitada aos atores sociais do Estado. Há um hiato cognitivo e técnico-político entre o discurso e a prática, e entre os atores que produzem os territórios do SUS e da Atenção Básica à Saúde.

Da mesma forma, não se obteve evidências sobre a capacidade do processo de territorialização em efetuar mudanças na gestão e no modelo assistencial, pelos mesmos motivos citados acima. Embora em alguns textos e artigos científicos consultados, seus autores – legítimos representantes do campo da saúde coletiva -, afirmem a importância da utilização dessa metodologia para efetivar essas mudanças.

Conclui-se que os Territórios da ABS/ESF proferidos no discurso do gestor federal são ao mesmo tempo **múltiplos** - por suas diferentes propostas de configuração e pela diversidade de atores, lugares e processos. Por essa razão, se tornam **singulares** na produção social da saúde-doença-cuidado exigindo um olhar específico e situado para responder às necessidades e aos problemas de indivíduos e grupos sociais. São também **inexistentes** por não se constituírem ainda, do ponto de vista conceitual e operacional, com a força que o conceito imprime para a sua materialização no campo da saúde.

Como contribuição a novos estudos, sugere-se incluir no desenho dos elementos constituintes do poder do ator social (força) proposto por Matus (1996, 2005) um novo componente – ‘vetor de identidade’, que traz a dimensão do território usado como possibilidade de inserção da dimensão coletiva do ator em situação.



6. BIBLIOGRAFIA – (de Referência e Consultada)

- AGUIAR, D. (1998) - A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma? Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. mimeo.
- ALMEIDA, C. (1989) - Os Atalhos da Mudança na Saúde no Brasil. Organização Panamericana de Saúde. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 10. Rio de Janeiro: OPAS/OMS.
- ANDRADE, F. (1998) - O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: EXPRESSÃO GRÁFICA E EDITORA. 220p.
- ANDRADE, L.O.M. A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade. São Paulo:HUCITEC, 2006
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações na era da mundialização do capital. Educação e sociologia, Campinas, Vol. 25, nº 87, p. 335-351. maio/ago. 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N. & ROUQUARYOL (1990) Introdução à Epidemiologia Moderna. Salvador:Rio de Janeiro:Apce Produtos do Conhecimento/ABRASCO
- ALMEIDA-FILHO, N. (1989). Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução crítica à ciência epidemiológica . Rio de Janeiro: Ed. Campos.
- _____. (1992). A Clínica e a Epidemiologia . Salvador: APCE: ABRASCO.
- _____. (2000). A Ciência da Saúde. Hucitec, São Paulo.
- _____. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4): 865-884, 2004.
- ALMEIDA-FILHO, N & PAIM, J. (2000) A crise da Saúde Pública e a Utopia as Saúde Coletiva. Salvador:Casa da Qualidade Editora.
- ALTHUSSER, L. Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado. Lisboa:Presença, Martins Fontes, 1974
- ARAÚJO, R. (1998) - O Médico da Família: uma Proposição de Reorganização do Serviço no Centro de Saúde de Brasília Teimosa - Natal / RN – Estudo de caso. Natal. mimeo. 45p.
- ARAÚJO, F.G.B. & HAESBAERT, R. (Org.) Identidades e Territórios: questões e olhares contemporâneos. Rio de Janeiro:Acess, 2007.
- ARENDT, H. O que é política? Barcelona: Editora: Paidós. 1997.
- _____. A Condição Humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 10ª Ed., 2007.

- AROUCA, A.S. S. o Dilema Preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, SP, 1975.
- AYRES, J.R.C.M. (1997) Sobre o Risco – para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec.
- BAKHTIN, M. (Voloshinov, 1929). Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo Hucitec, 1992.
- BARATA RB. Meningite: uma doença sob censura? Editora Cortez, São Paulo, 1988.
- _____. Cem anos de endemias e epidemias. Ciênc. saúde coletiva. 2000, vol.5, n.2, pp. 333-345.
- _____. (Org.) Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997
- _____. Epidemiologia Social. Rev Bras Epidemiol, 2005; 8(1): 7-17
- BARBOSA, N. & ROCHA, N. (1999) - Práticas Inovadoras na Assistência à Saúde. In: A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Organizadores: Almeida, M. & Feuerwerker, L. São Paulo: HUCITEC. p. 347-352.
- BARCELLOS, C. & MACHADO, J.H. – Seleção de Indicadores Epidemiológicos para Saneamento, Bio, out/dez: 37-45, 1991;
- BARCELLOS C. & BASTOS FI. Geoprocessamento, ambiente e saúde, uma união possível? Cadernos de Saúde Pública. 12(3): 389-397, 1996.
- BARCELLOS, C. et al. Inter-relacionamento de dados ambientais e de saúde: análise de risco à saúde aplicado ao abastecimento de água no Rio de Janeiro utilizando Sistemas de Informação Geográfica. Cadernos de Saúde Pública.14(3):597605, 1998.
- BARCELLOS, C. & MACHADO, J.H. – A Organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes.Ciência & Saúde Coletiva, 3(2):1-3-113, 1998.
- BARCELLOS, C. Elos entre geografia e epidemiologia. Cad. Saúde Pública, July/Sept. 2000a, vol.16, no.3, p.607-609.
- _____. (2000b). Organização Espacial e Qualidade de Vida; In: Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, p. 27-34, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- _____. (2002) Constituição de um sistema de indicadores socioambientais. In: MINAYO, M.C.S.&MIRANDA, A.C. Saúde e Ambiente Sustentável: Estreitando nós. Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2002.

- BARCELLOS, C.; SABORZA, P.C; PEITER, P.C. ROJAS, L.I. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informa Epidemiológico do SUS. volume 11, nº 3julho/setembro 2002
- BARCELLOS C. & MONKEN M. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. Fonseca A, Corbo A. (orgs.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FICRUZ, 225-265, 2007.
- BAILEY, T. C. & GATRELL, A. C., 1995 *Interactive Spatial Analysis*. 1st Ed. Essex: Longman
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Ed.70, 1995.
- BARRETO, M. et al. (1993) Mudanças de padrões de morbi-mortalidade: uma visão crítica da abordagem epidemiológica. *Physis III* (1) 127-146
- BARRETO, M.(1990). A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D.C. (org) *Epidemiologia — Teoria e Objeto*. São Paulo: HUCITEC-Abrasco.
- BERMAN, M. Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade.São Paulo:companhia das letras, 1986.
- BERNSTEIN, E; WALLESTEIN, N; BRAITHWAITE, B; GUTIERREZ, L.; ZIMMERMAN, M. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Educ. Q.*, v.21, n.3, p.281-94, 1994.
- BODSTEIN R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 401-412.
- BODSTEIN, R. C. & FONSECA, C., 1989. Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde In: *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde* (N. R. Costa, C. S. Minayo, C. L. Ramos & E. N. Stotz, orgs.), Vol I, pp. 67-90, Rio de Janeiro: Vozes
- BOURDIEU, P. O Campo Científico. In: Ortiz, R. (org.) *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Editora Ática, 1983a, p.122-155.
- _____. *Sociologia*. (organizado por Renato Ortiz). São Paulo: Ática, 1983b.
- _____. *O poder simbólico*. Lisboa/Rio de Janeiro: DIFEL/Editora Bertrand Brasil, 1989.
- _____. *Razões práticas. Sobre a teoria da ação*. Trad. Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996.
- BRASIL. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990a.
- _____. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990b

- _____. MS. SE/DAD. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília/DF. 2006a.
- _____. 1996. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília.
- _____. 2001. Ministério da Saúde. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília.
- _____. Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: MS. 1994.
- _____. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS. 1997.
- _____. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Diretrizes do Pacto pela Saúde - Consolidação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006b
- _____. Portaria n. 699/GM, de 30 de março de 2006. Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006c.
- _____. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Política de Atenção Básica. Brasília, 2006d.
- _____. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BREILH, J. Ciudad y Muerte Infantil. Quito, Ed. CEAS, 1983
- _____. Epidemiologia: economia , política e saúde. São Paulo: Unesp/Hucitec, 1991.
- _____. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación-guía pedagógica par un taller de metodología. Ecuador: CEAS:ARCO IRIS, 1997.
- _____. Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- _____. Reprodução Social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do pensamento e Debate. In: COSTA, D.C. (Org.). Epidemiologia, Teoria e Objeto. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1990.
- BREILH, J. & GRANDA, E. Investigación da Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde – ABRASCO, 2001.
- BRIGGS, D. Environmental health indicator: Framework and methodologies. Geneva: World Health Organization, 1999. Disponível em: <www.who.int/environmental_information/>
- BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. & LABRA, M. E. (orgs.). Sistemas de saúde - continuidades e mudanças. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 1995.

- _____. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BUSS, P & FILHO, A.P. Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
- CAMARGO, Jr, K.R. et al . Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008
- CAMPOS, C. M. S.; Soares, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciências Saúde Coletiva*, 2003.
- CAMPOS GWS. Equipes de Referência e Apoio Especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4 (2): 393-403.
- _____. Reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Saúde Pública* 2006; 40(1): 20-38.
- CAMPOS, C.E.A. desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):569-584, 2003
- CARLOS, F.A. A (Re)produção do espaço Urbano. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.
- CARVALHO, C.A.J. Territorialização. São Paulo, 1992 (mimeo).
- CARVALHO S.R. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas; 2002
- _____. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto da Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.4, p.1088-95, 2004.
- CARVALHO M.C.B. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian SM, organizador. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez/Brasília/Unicef; 2000. p.93-108.
- CARVALHO, M.S. & SANTOS, R.S. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Mar./Apr. 2005, vol.21, no.2, p.361-378.
- CASTELLANOS, P.L. (1996) Epidemiologia, Saúde Pública, situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In Barata, R.B. (org.) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- _____. 1991. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud Según Condiciones de Vida y el Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. [s.l.]: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud .

- _____.1998. O ecológico na epidemiologia. In: Teoria Epidemiológica Hoje: Fundamentos, Interfaces e Tendências – Série Epidemiológica 2 (N. Almeida-Filho; M.L. Barreto; R.P. Veras & R.C. B. Barata, org.), pp. 129-147, Rio de Janeiro :Abrasco.
- _____. 1987. Sobre o conceito de saúde-enfermidade. Descrição e explicação da situação de saúde. Trabalho apresentado no IV Congresso Latino-americano e Congresso Mundial de Medicina Social, Medelin, Colômbia, julho 1987.
- CASTELLS, M. 1983. A Questão Urbana. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 590 p.
- CASTILHO-SÁ, M. & PEPE, V.E. Planejamento estratégico. In. ROSENFELD, S. (Org.) Fundamentos de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p.197-256.
- CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. Estudos Avançados. v.13, n. 35, p. 89-100, 1999.
- CECCIM, R.B. 2005a. Educação Permanente em Saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(4), 975-986.
- _____. 2005b. Debate (Réplica). Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa:enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.
- CLAVAL, Pl. Espaço e poder. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1979. 222p.
- _____. A Geografia Cultural. Florianópolis: EdUFSC, 1995.
- CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F.; KASHIVAGI, N.M. Geoprocessamento e a Promoção da Saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. Rev. Saúde Pública, 2002; 36(5): 559-67.
- CNDSS. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. / Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- CHAUÍ, M. O que é Ideologia. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- CONILL EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública, 2002; 18 Suppl:191-202.
- _____. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Eurosociedad salud Intercambio III.2-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2007.

- _____. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008
- CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991
- CORRÊA, R.L. Espaço um conceito-chave da geografia. (In) CASTRO, I.E. et al (Orgs). *Geografia: Conceitos e Temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995
- _____. (1986) Região e organização espacial. Ed. Ática, São Paulo, pp. 93
- _____. Organização Regional do Espaço Brasileiro. In: *Trajetórias Geográficas*. Bertrand Brasil. 1997a. [p.197:209].
- _____. Região: a tradição geográfica In: *Trajetórias Geográficas*. Bertrand Brasil. 1997b. [p.183:196].
- CORRÊA, R.L. et al . Manifestações da Cultura no Espaço. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1999.
- COSTA MCN, TEIXEIRA MGLC. A concepção de espaço na investigação epidemiológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 1999; 15(2).
- COSTA NETO, MENEZES, M.. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1).
- COX, K. R. 1991. Comment: Redefining 'territory' *Political Geography Quarterly*, 10 (1),p.5-7.
- CZERESNIA, D. e RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad. Saúde pública* Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, v.16, n.3, 2000. pp. 595-617.
- CZERESNIA, D. (1997) Do Contágio a Transmissão – ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências . Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CUETO M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1864 -1874.
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991
- DAMIANI, A. L. O lugar e a produção do cotidiano. In: *Encontro internacional: lugar, formação sociospacial, mundo*. Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Geografia, Universidade de São Paulo, 1994.
- DAWSON, B. Informe sobre El futuro de los servicios médicos y afines 1920. *Publ. Cien.*, Nº 93, Washington D.C.: Pan-American Health Organization, 1964.

- DE TONI, J. & KLARMAN, H. Regionalização e Planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. Ensaio FEE, Porto Alegre, v23, número especial, p. 517-538, 2002.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1995a.vol. 1.
-
- _____ Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1995b.vol 2.
-
- _____ Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1996.vol 3.
-
- _____ Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1997a.vol 4.
-
- _____ Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1997b.vol 5.
- DIDERICHSEN, EVANS AND WHITEHEAD. 2001. The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). 2001. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford UP.
- DIDERICHSEN F, HALLQVIST J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parès B, editors. Inequality in Health: a Swedish Perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research; 1998. p. 25-39.
- DONNANGELO M.C.F. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975
-
- _____. Saúde e Sociedade. Duas Cidades: São Paulo, 1976.
- DRAIBE SM. Por um reforço da proteção à família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez/Brasília/Unicef; 2000. p.109-130.
- DURKHEIM, E. A ciência social e a ação. São Paulo: Difel, 1975.
- ELIAS P.E., et al. Atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva 2006, 11(3): 633-641.
- ELIAS, N. Os alemães: a luta pelo poder e a evolução do habitus nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- ENSP/FIOCRUZ. Resultado do Inquérito nos estabelecimentos de saúde da atenção básica e registros de saúde. In: Relatório Síntese. Estudo de linha de base em 22 municípios de mais de cem mil habitantes no estado do Rio de Janeiro. Proesf. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2006. p.1-72. Disponível em www.ensp.fiocruz/proesf
- SCOREL, S. Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

- ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2/3):164-176.
- ESCOREL S (COORD.), GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, MAGALHÃES R, SENNA MCM. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- FAVERET, F. P.; Oliveira, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*, n. 3, p. 153-186, 1990.
- FERRAZ L, AERTZ, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (2):347-355.
- FERNANDES, J.C.L. Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, 8(2): 134-139, abr/jun, 1992
- FIORI, J.L. (1991) – Democracia e Reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, v.2, p.43-52;
- FIOCRUZ (2006). Estudos Linha Base do Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família.
- FLEURY, S.M.T & OOVERNEY, AM. (2007) *Gestão em Rede – a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro : FGV. 204 p.
- FOUCAULT, M., 1995. *As Palavras e as Coisas: Uma Arqueologia das Ciências Humanas*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal. 9ª edição.
- _____. *Arqueologia do Saber*. Petrópolis: Vozes, 1971.
- _____. *Sobre a História da Sexualidade*. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 243-276.
- FRANCO TB, MERHY E. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate* 2002; 26(60):118-122.
- FUNASA. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.91-112
- GADAMER, H-G. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997. 3ª ed.
- GEIGER, P. P. 1994. Des-territorialização e espacialização. In: *Território, globalização e fragmentação* (M. Santos; M. A. Souza, M.A. & M. L. SILVEIRA,org.), p.233-246, Hucitec-ANPUR, São Paulo.
- GESLER WM, et al. Disease ecology and a reformist alternative: the case of infant mortality. *Social Science & Medicine* 1997;44(5):657-671.

- GIL, C.R.R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6), 1171-1181, jun, 2006.
- GIL, A.C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.
- GIDDENS A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Capítulo 16. Atenção básica/ Atenção primária em saúde. A ser publicado em: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Mimeo.
- GIOVANELLA L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública 2006;
- GOMES, P. C. C. A condição urbana: ensaios de geopolítica da cidade. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.
- GONDIM, G.M.M. Espaço e Saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.57-75.
- GONDIM, G.M.M. et al. O Território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255
- GONDIM, G. & MONKEN M. Territorialização em Saúde (Verbetes) in Pereira, Isabel Brasil Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p
- GOULART, F. 1996. O Movimento Municipalista de Saúde, a Conjuntura Política e as Políticas de Saúde. In: *Municipalização: Veredas, Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*, pp. 15-32. Rio de Janeiro: ABRASCO - CONASEMS.
- GRIGÓRIO, Deise de Araujo. Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde: estudos de uma década sob a ótica do DECS . [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 136 p.
- GRAMISCI, A. Antologia. México. Siglo XXI, 1988.
- _____. Quaderni di Cárcere. Roma: Instituto Gramsci, 1978.
- GUIMARÃES, R.B. Regiões de saúde e escalas geográficas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005a.
- _____. Geografia Política, Saúde Pública e as Lideranças Locais. Hygea, Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 1 (1):18-36, dez 2005b.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A.D.; SPÓSITO, E.S.; SAQUET, M. A.. Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 2004.

_____.2006. Territórios Alternativos. São Paulo: Contexto.

_____. O Mito da Desterritorialização: do "Fim dos Territórios" à Multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2007^a

_____.2007b. Identidades Territoriais: entre a multiterritorialidade e reclusão territorial (ou: do hibridismo cultural à essencialização das identidades). In. BANDEIRA, F.G. & HAESBAERT, R. Identidades e Territórios: questões e olhares contemporâneos. Rio de Janeiro: ACESS, 1007b.

_____. 1997c. Des-territorialização e Identidade: a rede “gaucha” no nordeste.Niterói: EDUFF.

HARVEY, D. 1980. A Justiça Social e a Cidade. São Paulo: Hucitec

HEIMAN L., MENDONÇA M.H.M. A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS. In: Lima N.T, Gerschmann S., Edler F., Suares J.M, organizadores. Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.481-502.

HEIMANN et al. O Município e a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992

HABERMAS, J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

_____. Teoria de la acción comunicativa I - Racionalidad de La acción y racionalización social. Madri: Taurus, 1987

HELLER, A. O cotidiano e a história. 2^a ed. São Paulo, Paz e Terra. 1985. 121p.

_____.Teoria das necessidades em Marx. Barcelona, Ediciones Península, 2^a edição, 1986.

HILLS, M. & ALEXANDER, F., 1989. Statistical methods used in assessing the risk of disease ear a source of possible environmental pollution: a review. Journal of the Royal Statistical Society Association, 152:353-363.

HOLZHACKER,D.O.& BALBACHEVSKY,E. Classe ideologia e política: uma interpretação dos resultados das eleições de 2002 e 2006. OPINIÃO PÚBLICA, Campinas, vol. 13, nº 2, Novembro, 2007, p.283-306

HÜBNER, L.C.M. & FRANCO, T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):173-191, 2007

HUERTAS, F. O Método PES: entrevista com Matus. São Paulo : FUNDAP, 1996.

- HUSSERL, Edmund. A idéia da fenomenologia. Lisboa: Edições 70, 1986.
- HYNDMAN B. The evolution of health promotion. Health promotion in action: a review of effectiveness of health promotion strategies. Toronto: Centre for Health Promotion/ ParticipACTION; 1998.
- IGNARRA R. M., ROQUE, C.; PARREIRA, C. Informação, Educação e Comunicação para promoção da saúde - uma experiência no Projeto Nordeste /. - Brasília : Ministério da Saúde,1998.
- JOLLEY DJ, & JARMAN B, Elliot P. Socioeconomic confounding. In: Elliot P. Geographical and environmental epidemiology: methods for small-area studies. Tokyo: Oxford University; 1992. p.115-124.
- KING PE 1979. Problems of spatial analysis in geographical epidemiology. Social Science & Medicine 13: 249-252.
- KONDER, L. O futuro da filosofia da práxis: o Pensamento de Marx no século XXI. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- KUSCHNIR, R & CHORNY,A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2307-2316, 2010
- LABONTE R. Community empowerment: the need for political analysis. Can J Public Health 1989; 80:87-8.
- LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
- LAURELL A.C. Processo de trabalho e saúde. Saúde em Debate CEBES 1981; (11): 8-22.
- _____. A saúde-doença como processo social. In: Duarte E, organizador. Medicina Social: aspectos históricos e sociais. São Paulo (SP): Global; 1983. p. 25-64.
- _____. (1977) Algunos problemas teóricos e conceptuales de la epidemiologia social. Revista Centro-Americano de Ciencias de la salud.
- LEAVELL, S.& CLARCK, E.G. (1976). Medicina Preventiva. São Paulo: MacGraw-Hill.
- LEAL, P.R.M. Gestão de recursos externos em projetos na área social: o caso do projeto de serviços básicos de Saúde no Nordeste – PNE I. Brasília: FGV/EBAP/CEFOP. Dissertação de Mestrado, 1999.
- LESSA, Sérgio. O processo de produção/reprodução social: Trabalho e sociabilidade. Capítulo 2.1, p. 19-33. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 2. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED – UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 1999.

- LEVCOVITZ E., LIMA L.D., MACHADO C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(2): 269-291.
- LEVCOVITZ E 1997. Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LIMA, P.V.P.S. et al. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará. Acessado em novembro 2009. http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos_2008/26.pdf
- LUCCHESI PTR 1996. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas/IPEA*, 14: 75-156.
- LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MACINKO J.U, MONTENEGRO H., ADELL C.N. et al. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2/3): 73-84.
- MACKENBACH , Van de Mheen, Stronks A Prospective cohort study investigating the explanation of social and economical health inequalities in the Netherlands. *Social Science Medicine* 1994: 38:299-308
- MACMAHON, B. & PUGH,T. F., 1978. Principios e Métodos de Epidemiología. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
- MAGDALENO, F.S. A territorialidade da representação política:vínculos territoriais de compromisso dos deputados fluminenses. São Paulo: Anablume, 2010.
- MAINGUENEAU, D. Nouvelles tendeces en analyse du discours. Paris: Hachette, 1987.
- MARQUES, R.A; MENDES, A. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 403-415, 2003.
- MARQUES, E.C. (1994) Os Modelos Espaciais como Instrumento para Estudo de Fenômenos Urbanos. In Najjar, A.L. (org) Saúde e espaço – Estudos Metodológicos e Técnicas de Análise.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- MARMOT, M. & WILKINSON, R. Social Determinants of Health, NY, Oxford University Press, 1999
- MATTOS R.A, ROBAINA J.R, SIQUEIRA N.N. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto de Indicadores

- da Atenção Básica. In: PINHEIRO R, SILVA JR. A.G, MATTOS RA, (orgs). Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas e Desenvolvimento para a Segurança das Comunicações; 2008. p. 295-312.
- MATUS, C. Carlos Matus e Planejamento Estratégico-Situacional. In: RIVERA, F.J. (Org. Planejamento e programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.
- _____. Política, Planejamento e Governo. 3ª edi.t. Tomo II. Brasília: Ipea, 1993
- _____. Política, Planejamento e Governo. 3ª edi.t. Tomo I. Brasília: Ipea, 1997
- _____. Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- _____. Teoria do Jogo Social. São Paulo: Fundap, 2005.
- MAY, T. Pesquisa social: questões, métodos e processo. Porto Alegre, Artmed, 2004.
- MAUSS, M. Manual de etnografia. Lisboa: Editorial Pórtico, 1972.
- MEIRELLES, B.H.S & ERDMANN, A.L. Redes Sociais, Complexidade, Vida e Saúde. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006
- MENDES-GONÇALVES, R.B. Medicina e História: as raízes sociais do trabalho médico. Departamento de Medicina Preventiva da USP (Dissertação de Mestrado), 1979
- _____. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1994.
- _____. Epidemiologia e emancipação. Hist. Cienc. Saúde 1995; 2(2).
- MENDES E. V. 1993a. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário , Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10,: 7-19, Brasília, OPS.
- _____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (Org.) A Organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998: 17-55.
- _____. 1993b. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- _____. Os grande dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade. Tomo II, 2001.
- _____. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

- MENDONÇA M.H.M. O SUS e a política de recursos humanos em saúde. Divulgação para a Saúde em Debate 2007; 40: 13-16.
- MERHY E.E & Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde Debate 1999; 26:118-22.
- MERHY E.E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. Interface Comun Saúde Educ 2001; 9:147-9.
- _____. A Rede Básica Como uma Construção da Saúde Pública e seus Dilemas. In.: Merhy, EE e Onocko, R. Agir em Saúde: um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997, pp.197-228.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113 - 160.
- MERLEAU-PONTY M. Fenomenologia da percepção. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. 662 p.
- MELO, M.A.B.C. A formação de políticas públicas e a transição democrática: o caso da política social. Dados - Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, v.33, nº 3, p. 443-470, 1990
- MESQUITA, Z. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Z; BRANDÃO, C.R. (org). Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul -RS: Ed. UFRGS/ Ed. da UNISC, 1995.
- MIETTINEN, O.S. (1985) Theoretical Epidemiology — principles of occurrence research in medicine. Nova York: John Wiley & Sons.
- MISKOLCI, R. (Resenha) A hora da Eugenia: Raça, Gênero e Nação na América Latina. Stepan NL. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 228 p. (Coleção História e Saúde). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):228-235, jan, 2006
- MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Modelos assistenciais no sistema Único de saúde. Brasília, Centro de Documentação, 1990.
- _____. Relatório de Avaliação – Programa de Serviços Básicos de Saúde no Nordeste. Brasília, novembro, 1996.
- _____. Portaria MS/GM nº 400, de 6 de dezembro de 1977: aprova normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde (DOU de 15.12.77). Revogada pela Portaria MS/GM nº 1.884/94.
- _____. Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999. Brasília, 2000.

- _____. Controle de Endemias. Brasília: MS, 2001
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1982. Portaria MPAS nº 3.246, de 20 de julho de 1982. Anexo os Parâmetros para planejamento assistencial a serem utilizados no INAMPS. Brasília: MS. Revogada pela PORTARIA Nº 1.101, de 12 de junho de 2002.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº[93]
- MISOCZKY, M. Ci. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 191 p.
- _____. Redes e Hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. RAP, Rio de Janeiro, v.37, n.2, mar./abr., 2003.
- MISOCZKY, M.C.&BECH, J. Avançando na Implementação do SUS: Consórcios intermunicipais de saúde. Porto Alegre: Dacasa,, 1997
- _____. Estratégias de Organização da Atenção. Porto Alegre: Dacasa; PDG Saúde, 2002.
- MOYSÉS, S. J. (Org.). Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.
- MONKEN, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para aprendizagem territorialização da vigilância da saúde. Tese Defendida na ENSP/FIOCRUZ, 2003.
- _____. Contexto, território, e processo de territorialização de informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde, in A Geografia e o contexto dos problemas de saúde, Christovam Barcellos (org.) – Rio de Janeiro: ABRASCO; ICICT; EPSJV, 2008. 384 p. : (Saúde e Movimento; n. 6)
- MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.
- MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.23-41.
- MOROSINI, M.V.; CORBO, A.D'A; GUIMARÃES, C. C. “Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional”. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.
- MULLER, J. S. 1992. Políticas de Saúde no Brasil: a Descentralização e seus Atores. Cadernos da Nona. v. 1, pp. 43-59. Brasília-DF.
- NAJAR, A.L. (1998) Desigualdades de bem-Estar Social no Município do Rio de Janeiro: um exemplo de Aplicação da Ferramenta SIG. In Najar, A.L. (org.) Saúde

e espaço – Estudos Metodológicos e Técnicas de Análise. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

NASCIMENTO, V.B. SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; Santo André, SP:CESCO, 2007.

NOGUEIRA R.P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B., Faria R, Viana A.L.D, organizadores. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. São Paulo: UNICAMP/Instituto de Economia; 2002. p. 257-273.

_____. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão “comunitarista”. Interface Comunicação, Saúde e Educação 2002; 6 (10):91-93.

NORONHA, J.C., SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.6, n.2, p.445-50. 2001.

NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E., 1994. AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.) Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80. Rio de Janeiro: RELUME/DUMARÀ, ABRASCO, UERJ/IMS. pp.73-111

NORONHA JC, LIMA LD, MACHADO CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.

NUNES M.O, TRAD L.B, ALMEIDA B.A et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18 (6):1639-1646.

NUNES, T.C.M. (1998) A Especialização Em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989. ENSP: FIOCRUZ, Tese de Doutorado.

OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 20(2): 386-402, mar-abr, 2004.

OLIVEIRA, M. M. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis, Vozes, 2007.

OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S.F. M. (Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Rio de Janeiro:Vozes, 1979.

_____. Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, R. (org.) Saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

OLIVEIRA, M. L.S. & BASTOS, A.C.S.. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol. Reflex. Crit.* 2000, vol.13, n.1, pp. 97-107 .

OMS/Unicef (1979). Cuidados Primários à Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF.

_____. 2005. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: Aprendendo com experiências anteriores. http://www.who.int/social_determinants/en/

OPENSHAW, S. (1996) Fuzzy logic as a new scientific paradigm for doing geography. *Environment and Planning A*. 28(5): 761-768.

ORLANDI, E. Interpretação. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

_____. Discurso e Leitura. São Paulo: Cortez: Ed. Unicamp, 1988.

PAIM, J. S., 1985. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, pp 207-215

_____. 1986. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política. In: *Estudos de Saúde Coletiva* 4. Rio de Janeiro. ABRASCO, pp.11-25.

_____. Quando a municipalização não é o caminho. *Radis Tema*. 12:27-28, 1991

_____ - Reforma Sanitária e a Municipalização. *Saúde e Sociedade*, 01(2);29-47, 1992.

_____. A Reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES (org.) *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitários do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

_____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994, p.455-466.

PAIM, J. S. Abordagens Teórico-conceituais em estudos de Condições de Vida e Saúde; notas para reflexão e ação. (In) Barata, R.B. (Org) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

_____. Política de descentralização e atenção primária à saúde. In. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p.489-503

_____. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In. CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

_____. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. 1. ed. Salvador: ISC-CEPS, 2002. v. 1. 447 p.

_____. Modelos de Atenção e vigilância da Saúde. In. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. P. 567-586.

- _____. Reforma Sanitária Brasileira – Contribuições para a compreensão e crítica. Salvador:EDUFBA; Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2008
- _____. Uma análise sobre o processo da Reforma sanitária Brasileira. *Saúde Debate*, 2009; 33(81):27-37.
- PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998.
- PAVLOWSKY, E. (1988) Nicho ecológico de las enfermedades trasmisibles en relación com el ambiente epidemiológico de las zoo-antropozoonosis. In: OPS, *El Desafío de la Epidemiología*. Pub. Científica 505, Washington.
- PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001.
- PEDUZZI M. Equipe profissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(1): 103-109.
- PEITER, P. 2000. Como a multiplicação e o adensamento das redes na atualidade estão contribuindo para alterar a concepção do território como espaço delimitado e fechado. Texto produzido para qualificação escrita da tese de doutorado (mimeo).
- PEITER, P.C. ; TOBAR, C. . Poluição e condições de vida: uma análise geográfica de riscos à saúde em Volta Redonda, Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 473-485, 1998.
- PEREIRA, M.P.B. e BARCELLOS, C. O Território no Programa Saúde da Família. *Hygea, Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2(2):45-55, jun 2006.
- PESSOA, S. B., 1978. *Ensaio Médico-Sociais*. São Paulo: CEBES/Editora Hucitec.
- PINHEIRO R & MATTOS RA (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004, 320 p.
- PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica. *Cadernos de pesquisa*, n.114, p.179-195, nov., 2001.
- PIMENTA, A.L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Saúde Soc*. S. Paulo, 2(1):25-40, 1993.
- POSSAS C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo (SP): HUCITEC; 1989.
- PORTUGAL, J. L. (1999) Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: A interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 15(1): 53-61
- RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993.
- RATZEL, F. 1982. (1898-99) El territorio, la sociedad y el Estado. In: *El pensamiento geográfico. Estudio interpretativo y antología de textos - De Humboldt a las tendencias radicales* (J. G. Mendoza, et al). Madrid: Alianza Editorial.

- RISSEL C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promot Int* 1994; 9:39-47.
- RIGER S. What's wrong with empowerment. *Am J Community Psychol* 1993; 21:279-92.
- ROCHA, P.M. No Limiar do Século XXI: globalização e saúde – desafios da proteção social no Brasil dos anos 90. Tese de Doutorado. Subárea Política, Planejamento e Administração em Saúde. Mimeo. IMS:UERJ, 1997.
- ROCHA, D. & DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *ALEA* vol 7 n 2 julho-dezembro 2005 p. 305-322.
- RODRIGUES, P.H.A. & DANTOS, I.S. Saúde e Cidadania – uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- ROJAS L.I, BARCELLOS C, PEITER P. Utilização de mapas no campo da epidemiologia no Brasil: reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Inf Epidemiol SUS* 1999; 8:25-35.
- ROJAS L.I, BARCELLOS C. Geografía y Salud em América Latina: evolución y tendencias. *Rev. Cubana Salud Public*, 2003; 29(4), 330-43.
- ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994.
- ROSICK, B. Natural foci of Diseases. In: *Infectious Diseases: Their evolution and Eradication* (Cockburnm A.) Charles C. Thomas Publ., 1967.
- ROVERE M 2005. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educação permanente em saúde : desafio Ambicioso e necessário”. *Interf ace – Comunic, Saúde, Educ* 9(16):169-171.
- SABROZA P.C., LEAL M.C. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In: Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH, Buss PM, organizadores. *Saúde, ambiente e desenvolvimento. vol. 1.* São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992a. p. 45-93.
- SABROZA, P.S.; LEAL, M.C.; BUSS, P. A Ética do Desenvolvimento e a Proteção às Condições de Saúde. *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 8(1) 88:95, Jan/Mar, 1992b.
- SACKS, R. Human Territoriality: a theory. *Annals of the Associatin of American Gographers*, 73(1), 1983, p. 55-74
- SACK, R. 1986. *Human Territoriality : its theory and history.* Cambridge: Cambridge University Press.
- SAMAJA, J. *A reprodução Social e a Saúde.* Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

- _____. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología “Miltoniana”).
Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 6, Nº 2, 2003
- _____. 1996. Muestras y representatividad em vigilancia epidemiologica mediante
sitios centinelas. Cadernos de Saúde Pública, 12:309-319.
- SANTOS, M. (1985). Espaço e Método. São Paulo: Nobel.
- _____. (1988). Metamorfoses do Espaço Habitado. São Paulo: Hucitec.
- _____. 1994. Técnica, Espaço e Tempo. Globalização e Meio Técnico-
Científico Informacional. São Paulo: Hucitec.
- _____. 1996. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção. São
Paulo:Hucitec.
- _____. (1997). Espaço e Método. São Paulo: Nobel.
- _____. 1998. O retorno do território. In: Território, Globalização e
Fragmentação (M.Santos; M. A A Souza & M. L. Silveira, org.), p.15-20, São
Paulo: Hucitec.
- _____. (2004). Por uma Geografia Nova. São Paulo: Editora Hucitec.
- _____. (2005). Da Totalidade ao Lugar. São Paulo: Editora Universidade de São
Paulo.
- SANTOS, M. & SILVEIRA, M. L. 2001. O Brasil – Território e Sociedade no Início do
Século XXI. Rio de Janeiro: Record.
- _____. Por uma outra globalização: do pensamento único à
consciência universal.São Paulo, Ed. Record, 2002.
- SANTOS, M & SOUZA, M. A. A.(org.). A construção do espaço. São Paulo: Nobel,
1986.
- SÁ-SILVA, J.R., ALMEIDA, C.D., GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas
teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I -
Número I - Julho de 2009
- SARACENO, C., 1990. The concept of family strategy and its application to the family-
work complex: some theoretical and methodological problems. In: Cross-Cultural
Perspectives on Families,Work and Change (K. Bom, G. Sgritta & M. Sussman,
eds.), pp. 1-18. Binghamton: The Haworth Press Inc.
- SCHIMITH, MD & LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do
Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 (6):
1487-1494, nov-dez, 2004.
- SILVA JUNIOR, A.G. (2006) Modelos Tecnicoassistenciais em saúde: o debate no
campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec.

- SILVA, L. J. (1997). O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(4):585-93.
- _____. (1985). Organização do espaço e doença. Textos de Apoio. *Epidemiologia* 1. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/Abrasco, 1985a, p.159-185.
- _____. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*. 19:377-83, 1985b.
- SILVA, S.F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- SILVA, J.A. & DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface*. - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-96, fev 2002
- SILVEIRA, L.M. O espaço geográfico: da perspectiva geométrica à perspectiva existencial. *GEOUSP - Espaço e Tempo*, São Paulo, Nº 19, pp. 81 - 91, 2006
- SINNECKER, H., 1971. *General Epidemiology*. London: John Wiley & Sons.
- SCHRAIBER, L. B. & GONÇALVES, R. B., 1996. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, NEMES & GONÇALVES (org.). *Saúde do Adulto - Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo. HUCITEC. pp.29-47.
- SOJA E. *Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica*. São Paulo: Jorge Zahar Editor; 1993.
- SORRE, M. Los Fundamentos Biológicos de La Geografía Humana. Ensayo de una Ecología Del Hombre: Conclusion. In: MENDOZA, J. G.; JIMÉNEZ, J. M.; CANTERO, N. O. (Org.) *El pensamiento geográfico: Estudio interpretativo y antología de textos (De Humboldt a las tendencias radicales)*, Madrid: Alianza Editorial: 267-274 (1982).
- _____. A noção de gênero de vida e sua evolução. In: MEGALE, J. F. (Org.) *Max Sorre: Geografia*, Rio de Janeiro: Editora Ática: 99-123 (1984).
- SOUSA P.M.F.(2000). Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. Cebes, n. 21.
- SOUZA, R. R.. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001, vol.6, n.2, pp. 451-455.
- SOUZA, E. A., PEDON, N. R.. Território e Identidade. *Revista eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas*, Três Lagoas, n. 6, p. 126-148, 4 nov. 2007. http://www.cptl.ufms.br/revista-geo/artigo6_EdevaldoS._e_NelsonP..pdf. Acesso em julho 2008
- STARFIELD B., organizador. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002a.

- _____. Uma estrutura para medição da Atenção Primária. In: Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002b. p. 43-70.
- STRONKS K, GUNNING-SCHEPERS L. 1993. Should equity in health be target number 1? EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1993;3: 104-111.
- STOTZ, E.N. Necessidade de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. Tese de Doutorado, apresentada a ENSP/FIOCRUZ, 1991.
- SUSSURE, F. Curso de Lingüística. São Paulo Cultrix, 1974.
- TAKAHASHI LM. Concepts of difference in community health. In: Kearns RA, Gesler WM. Putting health into place: Landscape, identity and wellbeing. Nova York: Syracuse University Press; 1998. p.143-167.
- TAVARES, M.C. & FIORI, J.L. (1993) – (Des)Ajuste Global e Modernização Conservadora. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- TEIXEIRA, C. F. 1993. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E.V. Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- _____. 1994. A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org), p. 43-59, OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº 13, Brasília.
- TEIXEIRA, C.F. & SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à saúde – Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba, 2006.
- TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998
- TEIXEIRA, S.M.F. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a. Anais da 8a Conferência
- _____. (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989 (Pensamento Social e Saúde, v.3).
- TESTA, M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____. Pensamento Estratégico em Saúde e Lógica de Programação: o caso da saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.
- TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER,E.; WILKINSON, R. (Eds.). Health and Social Organization. London: Routledge. p. 71-93, 1996.

- TRAVASSOS C., VIACAVAL F., FERNANDES C., ALMEIDA C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:133-49.
- TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004
- TRAD L.A.B, BASTOS A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14(2): 429-435.
- TREVISAN, L.N. & JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 893-902. ISSN 1413-8123.
- UNGLERT, C. V. S. Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública USP].
- _____. Territorialização em Sistema de Saúde. In. Mendes, E.V. (Org.) Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- UNGLERT, C.V.S et al. Acesso aos Serviços de Saúde – uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, S.Paulo 21(5) 439-46, 1987.
- VASCONCELOS, E. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999
- VIANA A.L.D., DAL POZ M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 1998; 8:148.
- VIANA A.L.D., DAL POZ M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005
- VILASBOAS, Ana Luiza Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima (dissertação de Mestrado). ISC-UFBA, Salvador, out. de 1998, 114 p. e anexos
- VYGOTSKY, L.S. (1987). *Pensamento e linguagem*. 1º ed. brasileira. São Paulo, Martins Fontes.
- _____. (1988). *A formação social da mente*. 2º ed. brasileira. São Paulo, Martins Fontes.
- WACQUANT, L. Esclarecer o Habitus. *Educação & Linguagem*; Ano 10; nº 16:63-71, Jul.-Dez. 2007
- WEBER, M. *Economia e sociedade*. 3a ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1994.

_____. Ensaios de sociologia. Int. H.H. Gerth e Wright Mills (Org.). 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

WERNECK, G.L. & STRUCHINER, C.J. Estudos de agregados de doenças no espaço-tempo: conceitos, técnicas e desafios. Cadernos de saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(4):611-624, abr-jun, 1997.