

CAPITAL SOCIAL E CULTURAL NO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO NUMA COMUNIDADE PERIFÉRICA DE SALVADOR

Patricia Cunha¹
Michel Perreault²

Resumo

Este trabalho trouxe informações acerca de envolvimento com população de baixa renda e a percepção como esta comunidade se organiza. Neste contexto verificou-se a existência e a utilização do capital social e cultural como mecanismos que poderão ser utilizados no processo de ressocialização de indivíduos com doença crônica. Abordou-se em especial as condições de saúde de homens, particularmente os vivendo na pobreza com o intuito de entender como estes enfrentam a condição de está doente e como se dá a procura aos serviços de saúde. Foi utilizado como modelo a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidades e Saúde (CIF) na sua segunda parte que trata do ambiente, na perspectiva de utilizar a subjetividade pertinente a essa parte da avaliação, visto ser a CIF o modelo de classificação em que se pode vislumbrar alguma mudança no campo social.

Palavras-chave: Capital social. Capital cultural. Comunidade. Serviço de saúde

INTRODUÇÃO

O interesse em estudar sobre promoção de saúde e qualidade de vida em pessoas em situação de pobreza é a mola propulsora para a realização deste estudo, além disso, o interesse crescente da academia em realizar pesquisas com o universo masculino também estimulou o despertar pelo tema. No desenvolvimento de atividades com população de baixa renda, percebeu-se que a forma como esta comunidade se organiza pode ter impactos diretos na sua saúde. Neste sentido a existência ou não de capital social e cultural bem como a presença das redes de relacionamento pode surtir efeitos na saúde dos sujeitos pertencentes a estas comunidades

Nos últimos anos aconteceu um avanço muito grande no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde da sua população (ALMEIDA-FILHO,2002). Estes estudos são maiores no que diz respeito às

¹ Mestre em Políticas Sociais e Cidadania pela Universidade Católica do Salvador – UCSAL. Especialista em Metodologia em Didática do Ensino Superior, Bacharel em Fisioterapia.

² Professor do Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica de Salvador – UCSAL. Doutor em sociologia da saúde

iniquidades em saúde, ou seja, as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS-FILHO,2007).

Dos principais achados da literatura científica mundial sobre o tema das iniquidades, destacam-se dois: o primeiro é a constatação de que uma vez superado um determinado nível de PIB (Produto Interior Bruto) per capita, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um dado país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui.

O segundo achado é que a **deterioração das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos é um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda têm um impacto negativo sobre a situação de saúde**³. Países com grandes iniquidades de renda e, conseqüentemente, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, essenciais para a promoção e proteção da saúde (BUSS-FILHO,2007).

Ao contrário, níveis crescentes de participação reduzem a exclusão social, aumentam e aprimoram o padrão de vida comunitária. Sendo assim, a existência de capital social promove uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade mais saudável (BAUM,2004).

Neste sentido, as relações sociais dentro das comunidades devem ser analisadas como estruturas para ver as formas de capital social e cultural que podem determinar impacto positivo na saúde e na cidadania, o que é o objetivo deste artigo.

O CAPITAL SOCIAL

De acordo com Silva, 2010 o termo capital social surgiu no século XX para chamar à atenção para os caminhos pelos quais nossas vidas se tornam mais produtivas por meio de vínculos sociais. Ainda de acordo com este autor, o uso original, o termo capital social foi fortemente aceito, tendo-se verificado, nos últimos anos, um interesse considerável e crescente pela teoria do capital social, evidenciado pela sua frequente aplicação em diversas áreas do conhecimento.

³ Grifo nosso.

Bourdieu(1980) e Coleman(1988) introduziram o conceito de capital na análise social para referir-se não apenas à sua forma econômica, mas também à sua forma cultural e social. O termo da área econômica “capital” foi utilizado por estes sociólogos no estudo das desigualdades escolares, como metáfora para falar das vantagens culturais e sociais que indivíduos ou famílias possuem e, via de regra, os conduzem a um nível socioeconômico mais elevado.

Neste contexto, capital social diz respeito a um conjunto de elementos da organização social tais como: confiança mútua, regras de solidariedade e reciprocidade (cognitivo) assim como o engajamento cívico e redes de associações (elementos estruturantes).A preocupação com a comunidade vincula-se ao sentido de solidariedade e identidade comum que, em tese, a comunidade teria e que poderia levar a um rompimento com o individualismo dominante, promovendo uma maior integração social (ANDRADE, 2002).

Bourdieu define o capital social como:

(...) Um conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de inter-conhecimento e de inter-reconhecimento mútuos, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos), mas também que são unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 1980 p2-3.).

O volume de capital social que um agente individual possui, depende da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar e do volume de capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada membro desse grupo.

Outra fonte contemporânea do conceito de capital social é James Coleman (1988). No final da década de 80, Coleman trouxe nova relevância ao conceito de capital social, estendendo a abrangência do conceito da análise de Bourdieu das elites para integrar as relações sociais dos outros grupos (Schulleret al., 2000). Coleman define capital social, em seu trabalho intitulado “Foundations of Social Theory” (1990), como: (...) “o conjunto das relações sociais em que um indivíduo se encontra inserido e que o ajudam a atingir objetivos que, sem tais relações, seriam inalcançáveis ou somente alcançáveis a um custo mais elevado”. Nesta definição pode-se compreender melhor como ocorrem as relações de confiança, favoráveis à ação coletiva organizada, existentes entre os membros de um grupo.

O CAPITAL CULTURAL

O capital cultural é também um capital porque ele pode ser acumulado no tempo e, até mesmo, pode ser transmitido a outras gerações. A assimilação deste capital pelas gerações subsequentes é uma condição da reprodução social. Assim como todo capital este promove ao seu detentor um certo poder. A noção de capital cultural surge da necessidade de compreender as desigualdades advindas do desempenho escolar dos indivíduos oriundos de diferentes grupos sociais.

De acordo com Pierre Bourdieu, é a segunda forma mais importante de expressão do capital, precedido apenas pelo capital econômico portado pelos agentes sociais. Abrange de forma mais específica a variável educação embora não se restrinja apenas a ela. Ainda de acordo com Bourdieu, o capital cultural incide num princípio de diferenciação quase tão poderoso como o do capital econômico uma vez que toda uma nova lógica da luta política só pode ser compreendida tendo-se em mente suas formas de distribuição e evolução. O sistema escolar realiza a operação de seleção mantendo a ordem social preexistente, isto é, separando alunos dotados de quantidades desiguais – ou tipos distintos – de capital cultural. Mediante tais operações de seleção, o sistema escolar separa, por exemplo, os detentores de ‘capital cultural’ herdado daqueles que são dele desprovidos.

O capital cultural pode existir sob três formas: incorporado, objetivado e institucionalizado. Sobre a forma **incorporado**⁴, o capital cultural supõe um processo de interiorização nos marcos do processo de ensino e aprendizagem, que implica, pois, um investimento de tempo. Constitui-se parte integrante da pessoa, não podendo, justamente por isso, ser trocado instantaneamente, tendo em vista que está vinculado à singularidade até mesmo biológica do indivíduo. Nesse sentido, está sujeito a uma transmissão hereditária que se produz sempre de forma quase imperceptível. Segundo Bourdieu (1986):

acumulação de capital cultural desde a mais tenra infância – pressuposto de uma apropriação rápida e sem esforço de todo tipo de capacidades úteis – só ocorre sem demora ou perda de tempo, naquelas famílias possuidoras de um capital cultural tão sólido que fazem com que todo o período de socialização seja, ao mesmo tempo, acumulação. Por consequência, a transmissão do

4

Grifo da autora

capital cultural é, sem dúvida, a mais dissimulada forma de transmissão hereditária de capital (BOURDIEU, 1986, p. 86).

Sobre a forma **objetivada**⁵, diversamente do anterior, é materialmente transferível a partir de um suporte físico, ficando claro tratar-se da transferência de uma propriedade legal, posto estar diretamente relacionada com o capital cultural incorporado, ou melhor, com as capacidades culturais que permitem o desfrute de bens culturais. Logo, o ‘capital cultural’ objetivado pode ser apropriado tanto materialmente (capital econômico) quanto simbolicamente (obra de arte, capital cultural).

Sobre a forma **institucionalizada**⁶, por meio do título escolar ou acadêmico, outorga-se reconhecimento institucional ao capital cultural possuído por uma determinada pessoa.

AS REDES SOCIAIS

As redes são sistemas entrelaçados compostos por junções e conexões entre eles que, nas ciências sociais, são representados por sujeitos sociais (indivíduos, grupos, organizações etc.) que estão conectados por algum tipo de relação. A idéia que as relações sociais compõem um tecido que condiciona a ação dos indivíduos nele inseridos é do início do século XX.

Silva e Marteleto (2004) afirmam que as pessoas vivem em redes de dependência, difíceis de serem rompidas. Essas redes são diferentes em cada sociedade. O modo como o indivíduo se comporta é determinado por suas relações passadas ou atuais com as outras pessoas. E a interdependência das funções humanas sujeita e molda, de forma profunda, o indivíduo. Ainda com base em Marteleto (2004) as redes humanas têm uma ordem e leis diferentes daquelas planejadas e desejadas pelos indivíduos que a compõem. Implica-se neste fato a condição dos seres humanos não estarem tão presos, como outros animais, às determinações biológicas, e que o entrelaçamento das suas atividades dá origem a essas leis e estruturas de um tipo especial

⁵ Grifo da autora

⁶ Grifo da autora

DAS CONDIÇÕES CRONICAS ATÉ AS DOENÇAS CRÔNICAS

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde (MENDES 2011). A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela. Ainda segundo Mendes (2007) tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis.

Essa classificação é bastante utilizada, em especial pela epidemiologia. Tem sido muito útil para os estudos epidemiológicos, porém, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde devido ao ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde.

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas. É o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde.⁷

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, sericultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais (MENDES, 2011).

A partir destas classificações foram escolhidos os sujeitos da pesquisa, onde um pode-se perceber a evolução de um evento agudo sendo agravado pelas condições crônicas e

⁷

Grifo da autora. Os traumas agudos podem impactar no sistema de saúde caso não sejam tratados de forma eficaz.

no outro caso uma doença crônica também sendo agravada pelas condições crônicas. Nestes casos observar se a presença de capital social e cultural podem interferir nas ressocialização destes sujeitos.

METODOLOGIA

Estudo do tipo qualitativo. De acordo com o objeto de estudo utilizou-se a abordagem Etnográfica dentro do desenho de estudo de casos. A base da metodologia etnográfica é o processo de observação, esta observação é chamada de estudo naturalista ou etnográfico em que o pesquisador frequenta os locais onde os fenômenos acontecem naturalmente (FIORENTINI E LORENZATO, 2009). O estudo de caso trata-se de desenho de investigação especialmente adequado quando procurando compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.

A amostra foram dois homens que utilizam a cadeira de rodas como possibilidade de locomoção. O primeiro sujeito negro que utiliza a cadeira de rodas como meio de locomoção, devido à seqüela de AVE. Apresentando como alteração motora a hemiplegia (dificuldade de mobilização de um lado do corpo) e como consequência não consegue deambular e o outro sujeito, também negro, mais jovem com seqüela de trauma agudo (PAF) apresentando como alteração motora a paraplegia (ausência de movimentação do quadril para baixo) que também não consegue deambular e utiliza a cadeira de rodas como meio de locomoção. **Critério de inclusão:** a utilização da cadeira de rodas. A impossibilidade na movimentação decorrida da condição crônica (Seqüela motora: hemiplegia ou paraplegia) independente da causa, quer seja seqüela de AVE ou PAF, poderia melhor identificar a construção da rede social destes indivíduos na comunidade a qual pertencem.

Para coletar os dados foram utilizadas as seguintes estratégias: diário de campo, observação direta, entrevista semi-estruturada com duas informantes (necessária para o entendimento da construção da comunidade assim como das relações existentes, contextualizando todo o desenvolvimento da localidade. Essas informantes foram escolhidas por conveniência. O critério foi que tivessem mais de 90 anos de idade, morassem a mais de 50 anos na comunidade, estivessem lúcidas e capazes de responder as perguntas da entrevista

semiestruturada), com os dois sujeitos, entrevista com as famílias e, finalmente, entrevista com a agente comunitária.

RESULTADOS

O diário de campo possibilitou a observação do viver na comunidade. O local estudado que será chamado aqui de “recanto feliz” é uma localidade que surgiu ainda no século XIX.

O bairro possui via de acesso facilitada pela urbanização recente da rua principal, o que facilita o deslocamento bem como a valorização dos imóveis (segundo informantes). Na rua principal observou-se a presença de várias escolas (públicas e privadas), pequenos comércios com as mais variadas opções de mercadorias e serviços, entretanto chama atenção a grande presença de lojas de roupas.

A pesquisadora pode observar ainda que no recanto feliz existam algumas estratégias de organização comunitárias identificadas através da sede da cooperativa dos pescadores bem como da sede da associação dos moradores. O bairro possui ainda um posto de saúde construído em um terreno da associação dos moradores que em parceria com a secretária de saúde municipal propôs a permuta do terreno pela construção do posto de saúde favorecendo assim a população local no diz respeito a atenção básica a saúde.

Ainda durante o período de observação outro aspecto chamou atenção no que diz respeito ao perfil dos moradores, foi o clima de amizade e solidariedade entre eles. Era comum encontrar os vizinhos reunidos, no fim de tarde, nas portas das suas casas, para um "bate-papo" ou um joguinho de dominó. É natural que os filhos, ao se casarem, construam as suas casas bem próximas a dos seus pais. E é admirável o pacto de solidariedade que parece haver entre os moradores, uma vez que um vizinho está sempre disposto a ajudar o outro nos mais diversos aspectos. E foi justamente isso que estávamos a procura nesta localidade: as redes de relacionamento e o seu capital social e cultural interno e externo.

Há ausência das políticas públicas visivelmente em vários indicadores: saúde, educação, saneamento básico, moradia, segurança, acessibilidade, transporte. Na fala dos entrevistados a tessitura social presente mantém os laços fortalecidos e a coesão existente explica o desejo de todos em permanecer naquele local apesar das fragilidades apresentadas.

D. Didi

[...] tenho certeza que se eu precisar de ajuda os vizinhos chegam para me ajudar... Tenho certeza que eles vêm me servir. [...] Meus vizinhos são bons. Não é que viva incomodando eles e todo mundo me respeita e não deixa ninguém mexer comigo. E eu também respeito todo mundo.

D. Dudu:

[...] Com certeza isso, com certeza, se uma sentisse qualquer coisa a outra sentia também.

Abaixo descrição dos resultados encontrados a partir das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa:

INDICADOR	CAPITAL SOCIAL	CAPITAL CULTURAL	REDE SOCIAL	REALIZAÇÃO DA FISIOTERAPIA
KENU 54 anos sequela de AVE. Mora com a irmã.	Fortalecimento de laços incapaz de possibilitar apoio para uma possível reabilitação motora - Solitário - Isolado	Estudou até a 8º serie. Pescador. Acréscimo no capital cultural – Irmã – Vestibular para Direito. Não recebe nenhuma forma de ajuda financeira.	Poucos amigos. Melhor convivência antes do problema. Bom humor.	Dependente. Não realização da fisioterapia – manteve o impacto negativo no desempenho motor
RALFH 25 anos sequela de PAF. Mora com a mãe	Sem vínculos com sociedade para realização do processo de reabilitação. Ressocialização presente. Acolhido pelos amigos	Terminou ensino médio. Não trabalha. Acréscimo do capital cultural – Mãe Empreendedorismo. Recebe auxílio deficiência.	Tem grande quantidade de amigos. Gosta de sair à noite. Depressivo.	Independente. A não realização da fisioterapia retardou o processo de melhorar a independência funcional.

Os resultados encontrados foram esclarecedores e confirmam o que os estudos prévios já traziam sobre as iniquidades na saúde principalmente para as comunidades carentes.

Todavia, um resultado não esperado foi o aumento do capital cultural das duas pessoas mais próximas na rede social dos sujeitos estudados. O que faz pensar que mesmo quando o estado não esteja presente no cumprimento da sua obrigação de cuidar das pessoas com doenças crônicas e de prover o acompanhamento (Folowup) destes indivíduos, a existência do capital social pode atenuar esta ausência e ainda contribuir para o crescimento do capital cultural impulsionado pela carência de todas as seguridades sociais existentes. Ratificando a ausência da sociedade/Estado da vida destes dois cidadãos quando não possibilita a realização de tratamento o qual poderia alterar a qualidade de vida destes sujeitos.

DISCUSSÃO

As condições apresentadas ao longo da trajetória da vida podem representar o estado de saúde cada indivíduo. O desenvolvimento pessoal alcançado ao longo do tempo, configurados pela história de vida de cada um, a qual pode está referida no contexto social, econômico e político nas quais tais trajetórias se desenvolveram. Assim, a moradia bem como as relações sociais ali existentes pode conferir ao sujeito o seu estado de saúde.

O observado na pesquisa confirma os estudos sobre as iniquidades em saúde e ausência do estado principalmente no que tange as políticas de saúde para população de localidades periféricas, de acordo com Buss e filho (2007). Em se tratando ainda de iniquidades pode-se perceber que quanto mais desigual a sociedade maior a coesão social, a solidariedade e menor a participação na política para a sociedade em geral, confirmando o que Buss e filho (2007) retratam: a coesão social na comunidades periféricas está aumentada para a compensação da falta das políticas sociais. .Aqui se faz necessário também chamar atenção para as proposições de Bourdieu em relação a presença do capital social bem como das proposições de Coleman quando tratou da importância do capital cultural. Verificado nesta comunidade através das relações existentes entre as famílias e os sujeitos entrevistados.

No que diz respeito às redes sociais, pode-se perceber ainda a importância da existência da rede social como fator de impacto para manutenção do estado de saúde. Confirmando o que alguns estudos já haviam identificado (BAUN, 2004). A reciprocidade, a ajuda mútua, o grau de confiança induz ao estado de saúde identificados nas falas das

informantes bem como na situação vivenciada pelos dois sujeitos. A coesão social, a existência da confiança mútua promovem um estado de bem estar que pode suprir as carências das políticas públicas as quais a população da periferia está excluída.

Além da coesão social, estudos tratam que um aporte de atenção na saúde dos homens pode resultar em uma economia nos custos para o tratamento de doenças crônicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As iniquidades na saúde existem e possivelmente a sociedade não terá forças para fazer nada contra essa situação, que tanto aflige os sujeitos moradores de localidades onde a desigualdade social é tamanha. Neste caso, aqui no Brasil mesmo com o esforço de alguns setores do governo ainda é presente a injustiça social.

Neste estudo mesmo com uma amostra reduzida pode-se perceber o quanto o estado está ausente das localidades periféricas. Que o programa de proteção e recuperação da saúde não acontece nas comunidades carentes e o quanto são exarcebados os laços e vínculos entre os seus moradores na perspectiva de seguridade e coesão social para assim poder transpor todas as adversidades ocorridas da moradia em uma comunidade periférica.

Foi ainda visualizado que a presença do capital social transpõe as barreiras da escolaridade, que diante de situação que são adversas estes sujeitos incorporam as suas relações e usufruem o poder que emana dela para suavizar a ausência que o estado faz. Nesta pesquisa, o mais importante foi perceber a estrutura social existente no universo empírico através das relações, e não apenas os atributos individuais. A família foi realçada em todos os momentos do estudo fazendo acreditar que enquanto instituição de apoio social a família é de extrema importância para o cotidiano da sociedade extrapolando aí a presença do estado. Pode-se inferir ainda que a rede de serviços ofertados pela sociedade não está dando conta de cuidar da população que mais precisa. Esta falta de cuidado impacta cada vez mais na ausência de serviços mais especializados e de maior custo. Estes serviços estão apenas disponíveis para outras classes sociais que tem condições básicas para seu acesso reforçando ainda mais as iniquidades no setor saúde.

Além disso, deveriam ser instituídas formas inovadoras para aumentar o capital social e cultural destes sujeitos moradores de comunidades carentes, incrementando ações de informação e orientação em todos os níveis da vida coletiva. Permitindo que esse sujeito possa ser um agente transformador na sua condição de saúde bem como de sua família. E assim favorecer uma verdadeira cidadania incluindo a proteção e a promoção da saúde, as quais estão ancoradas nos direitos básicos de toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

- BARATA, RB. *Desigualdades sociais e saúde*. In: Gastão WSC et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009
- BAUM FE, Z AM. *Glossary social capital*. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:320-3.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília. 2009.
- BUSS PM. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciência e Saúde Coletiva*,2000; 5(1):163-177.
- CARVALHO E F, et al *O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: O caso de Pernambuco*. *Revista Associação de Saúde Pública Piauí* 1998; 1: 107-19.
- COLEMAN, J S. *Foundations of social theory*. Harvard University Press, 1990.p.304.
- FALCAO, I V et al. *Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde*. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife , v. 4, n. 1, Mar. 2004.
- FERNANDES, MEsther. *História de vida: dos desafios de sua utilização*. *Revista Hospitalidade*. São Paulo, v. VII, n. 1, p. 15-31, jan.- jun. 2010.
- FIORENTINI e LORENZATO, <http://observacao5.pbworks.com/w/page/6860824>, acesso em 29 de Maio de 2014.
- GOMES, R; NASCIMENTO, E F do; ARAUJO, F C de. *Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade*

e homens com ensino superior. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007

HUNTER, A & STAGGENBORG, S. Local Communities and Organized Action. In :Milofsky, C. *Community Organizations : Studies in Resource Mobilization and Exchange*. New York/Oxford : Oxford University Press, 243-276. 1988.

LOUVISON, MCP et AL. *Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde*. Revista Saúde Pública 2008; 42(4):733-40.

MARTELETO, R M. *Análise de redes sociais-aplicação nos estudos de transferência da informação*. Ci. Inf., Brasília, v. 30, n.1, p.71-81, jan.abr.2001

MENDES, E V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

RAMOS, M. S. *Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade*. In. GOLDENBERG, M. (org.). *Os novos desejos*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2000.

SILVA, S S B da. *Capital humano e capital social: construir capacidades para o desenvolvimento dos territórios*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/379>. Acesso em maio 2014.

ZANCHETTA, M., PERREAULT, M., KASZAP, M & Viens, C. *Patterns in Information Strategies Used by Older Men to Understand and Deal with Prostate-Cancer- Related Information: An Application of the Modélisation Qualitative Research Design*. International Journal of Nursing Studies, 44, 961-972, ISSN: 0020-7489. 2007.