

INTEGRALIDADE E CAPITAL SOCIAL: Reflexões no cenário do Sistema Único de Saúde

ENTIRE AND SOCIAL CAPITAL: Reflections on the scene of the Health System Brazilian

Palmyra Sayonara de Góis⁵⁰

Edmilson Lopes Junior⁵¹

Soraya Maria de Medeiros⁵²

Severina Alice da Costa Uchoa⁵³

⁵⁰ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Docente Especialista do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: palmyragois@gmail.com

⁵¹ Sociólogo, Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: edmilsonlj23@yahoo.com

⁵² Enfermeira, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: sorayamaria@digi.com.br

⁵³ Médica. Professora Doutora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/NESC/UFRN. E-mail: aliuchoa@hotmail.com

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se insere em um contexto social e econômico marcado por diferentes realidades e necessidades. A integralidade se insere nessa conjuntura como princípio norteador de políticas, de organização de políticas e orientador das práticas dos profissionais. Percebemos que a integralidade é um desafio como princípio a ser fortalecido e efetivado nas práticas do SUS. Utilizamos a pesquisa bibliográfica, qualitativa, desenvolvida a partir de material constituído, principalmente, de livros e de artigos científicos. A integralidade como princípio do SUS constitui-se o grande desafio para a saúde na atualidade e, desta forma, responde pelo grande desafio a ser enfrentado por todos os que nela trabalham. O capital social vem contribuir com a discussão quando percebido como importante elemento na perspectiva de fortalecimento das redes sociais, da cidadania, da equidade política, da participação dos cidadãos no processo de gestão/governo e, conseqüentemente, na efetivação dos princípios do SUS.

Palavras-chave: SUS, Integralidade, Capital Social.

ABSTRACT

The National Health System (SUS) is part of a social and economic context marked by different situations and needs. The completeness falls at this juncture as a guiding principle of policy, organizational policies and practices of the professional advisor. We realized that the whole is a challenge, as a principle to be strengthened and made effective practices of the Health System (SUS). We used literature search, qualitative, developed from material consisting mainly of books and scientific papers. The completeness as a principle of Health System (SUS), it constitutes the major challenge for health at present and thus accounts for the greatest challenge to be faced by all who work there. Social capital is a contribution to the discussion when perceived as an important element in the perspective of strengthening social networks, citizenship, fairness policy, citizen participation in the process of management / government, and thus in the realization of the principles of the Health System (SUS).

Keywords: SUS, Integration, Social Capital.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde brasileiro, foi criado através da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90, na perspectiva de universalizar o acesso à assistência à saúde, objetivando atender às necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros, tendo como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade e diretrizes organizativas a descentralização e o controle social.

Inser-se em um contexto social e econômico marcado por diferentes realidades e necessidades, regido por um modelo político-econômico que fundamenta as práticas e as relações sociais de produção nos países capitalistas, independente do seu grau de desenvolvimento econômico. Caracterizado por promover o Estado mínimo em políticas sociais, devendo, pois ser diminuído em responsabilidades, ausente às necessidades sociais, limitado à segurança interna e externa, a saúde e à educação. Mercado máximo, auto-suficiente, auto-regulador das suas próprias leis e regente do processo de produção social.

Este enxugamento dos gastos públicos do Estado repercute-se de modo direto nos programas de educação, saúde e segurança social. Esses recursos são consideravelmente reduzidos, refletindo de forma direta na população de menor poder econômico que não pode ter acesso aos serviços de saúde, de educação e segurança privados.

Esse contexto nos remete a reflexão de como efetivar dos princípios do SUS nesse cenário. Percebemos que há avanços significativos em seu âmbito, como a política de descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, o fortalecimento da atenção básica enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial e a melhoria do acesso aos serviços exemplificam esses avanços.

A integralidade se insere nessa conjuntura como princípio norteador de políticas, de organização de políticas e orientador das práticas dos profissionais.

Encontramos compreensões que a definem como um princípio do SUS, outras que a transformam na somatória das dimensões das ações e serviços de saúde – promoção, prevenção e recuperação ou, ainda, a articulação e acesso aos três níveis de organização dos serviços – primário, secundário e terciário.

Percebemos que a integralidade é um desafio, como princípio a ser fortalecido e efetivado nas práticas do SUS.

Nesse contexto trazemos a discussão sobre capital social, na perspectiva de corroborar com o a relação entre o desempenho institucional na saúde e o capital social como elemento de fortalecimento da integralidade.

Há diversas concepções sobre integralidade, porém nos deteremos aos três conjuntos de sentidos da integralidade definidos por Mattos (2001), integralidade das políticas de saúde, da organização dos serviços e princípio norteador das práticas dos profissionais que conformam o SUS.

Trazemos ainda as concepções de capital social de autores como Bourdieu (1980;1985), Coleman (1988) e Simmel (1964), percebendo como relevante na efetivação dos princípios do SUS através de uma sociedade participativa e política.

Objetivamos promover brevemente uma reflexão sobre o contexto no qual se insere o SUS, os desafios para a efetivação da integralidade como prática nesse conjunto de sentidos e a contribuição do capital social nesse contexto.

METODOLOGIA

Utilizamos a revisão de literatura com análise e discussão crítica desenvolvida a partir de material constituído, principalmente, de livros de autores que embasam a temática e de artigos científicos trabalhados nas disciplinas Políticas e Práticas em Saúde Coletiva, do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e de Teorias Sociais Contemporâneas, do Mestrado Acadêmico em Ciências Sociais, da já referida instituição de ensino.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerações sobre a integralidade

A integralidade, compreendida como postura ampliada das necessidades de saúde dos indivíduos ou dos grupos populacionais, a partir de

uma dimensão contextualizada dos modos de viver a vida daqueles, além de princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), é considerada por alguns como um dos maiores desafios enfrentados pela saúde contemporânea.

Vê-se que a dificuldade de se implementar o SUS se reflete na dificuldade de se trazer para a saúde brasileira o verdadeiro sentido, ou os verdadeiros sentidos, de uma saúde integralmente comprometida com as necessidades sociais. Os obstáculos para o primeiro, não seriam, portanto, diferentes para o segundo. Apontamos como empecilho as implicações do modo de produção vigente no âmbito da saúde, baseado no modo capitalista de produção, refletindo a permanência de um paradigma reducionista, baseado na doença e não no indivíduo, visando órgãos e não o ser social - com necessidades individuais e coletivas - prezando somente pelas especialidades médicas e práticas curativistas.

É importante ressaltar que compreendemos integralidade num conjunto de três sentidos.

Um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Aqui, a integralidade se referia sobretudo à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde. Um terceiro era voltado para atributos das práticas de saúde (MATTOS, 2004, p.1411-1412).

Necessário se faz, portanto, criar um novo paradigma que possibilite essa nova produção social de saúde, haja vista que o paradigma capitalista, orientado pelo modelo político econômico excludente, individualizante e neoliberal vai de encontro às diretrizes do SUS, dificultando sua concretização e, por conseguinte, impossibilitando a forma integralizada de promover saúde.

Admite-se o processo de construção social de um novo sistema de saúde que implicará em mudanças na concepção da saúde-doença, no paradigma sanitário, na prática sanitária e, por conseguinte, mudança na ordem governativa/gestão.

A priori é importante mencionar que entendemos a relação de determinação mútua entre a dinâmica social e o estado de saúde dos indivíduos. Esta constante troca de determinantes põe fim à noção de estado de saúde e de doença e dá margem ao entendimento e compreensão do processo saúde-doença.

Faz-se necessário estar atento a esse contexto, conhecer seus determinantes através dos perfis epidemiológicos que, uma vez traçados, dão margem à aproximação/conhecimento dos riscos e agravos a que cada grupo está submetido.

Compreendendo que o processo saúde-doença é determinado pelo modo de viver a vida, como o indivíduo se insere no modo de produção e reprodução social, reconhece-se a afirmação de um novo paradigma, o da produção social da saúde. Este se baseia na teoria da determinação social que difunde a idéia onde salvo a natureza intocada, tudo que existe é produto da ação humana na sociedade (MENDES, 1996).

A estratégia de reorientação do modelo assistencial, Saúde da Família, busca romper com o modelo tradicional de atenção à saúde, compreendendo que as necessidades de sociedade estão em constante mudança.

Segundo Uchoa (2008) a insuficiência dos modos tradicionais de apreensão e respostas aos processos de adoecimento está nas bases conceituais da reforma da atenção básica expressas no Programa de Saúde da Família, representando a resposta da atual política brasileira a um conjunto de contradições da sociedade e do sistema de serviços.

Na prática, necessário se faz concretizar a vigilância à saúde, uma resposta social aos problemas de saúde organizada mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenções interdisciplinares.

Mendes (1996) afirma que,

A gerência social, centrada na idéia da intersetorialidade, vai estar baseada na articulação das ações de governo sobre problemas concretos

de pessoas concretas, identificados em territórios concretos e transformados em demandas políticas. Esse é o papel central que a prática da vigilância da saúde deve desempenhar (MENDES, 1996, p.276).

Quanto à ordem governativa, ela deve ser redesenhada de modo a satisfazer o novo paradigma. Isso se concretizaria no fortalecimento de forças para que o serviço de saúde seja tão integral como assim pretende o SUS, tendo a integralidade um papel imperioso como uma de suas diretrizes básicas.

Segundo Costa (2004) a palavra integridade em grego significa ser saudável. Não poderíamos desmembrá-la da idéia de saúde, nem ao menos pensar nesta fora das abrangências daquela.

Para Mattos (2001) A integralidade é mais que uma diretriz do Sistema Único de Saúde definida constitucionalmente. É compreendida como uma bandeira de luta; parte de uma imagem objetivo; um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns, como desejáveis.

Pretendemos provocar uma discussão acerca do conjunto das práticas, alicerçado na teoria da produção social, tendo a vigilância à saúde como prática sanitária em busca da efetivação do SUS.

É imprescindível conceber a integralidade na prática sem primeiro tomá-la como conceito, entendê-la em suas nuances. Mattos (2001) adverte, porém, para a dificuldade de se definir a integralidade, e assume o compromisso de traçar três grandes conjuntos de sentidos,

O primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde (MATTOS, 2001, p.17).

Em se tratando desse conjunto, atributo das práticas dos profissionais, reconhece-se que a integralidade corrobora a discussão da necessidade de se

desenvolver um trabalho desligado das amarras do capitalismo, da assistência baseada no modelo flexneriano de ver o ser humano.

A prática da integralidade, nesse sentido seria expressa, por exemplo, pelo reconhecimento de que o indivíduo que busca seu auxílio é bem mais que um conjunto de órgãos que ora funciona fora de uma homeostase perfeita que, aparentemente, seria a causa de sua queixa. Passaria a identificar fatores de riscos de outras doenças investigando as já existentes que não expressam sofrimento.

Mattos (2001) corrobora com essa discussão afirmando que buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade.

Uma das premissas a esse fim é os profissionais que conformam o SUS desenvolvam a capacidade de articularem seus processos de trabalho entre si.

Como corrobora Camargo Jr. *et al.*(2008) há uma grande diversidade na organização do processo de trabalho no PSF, diferentemente do que possa parecer, dada a regulamentação que normatiza sua organização e funcionamento.

Considerações sobre Capital Social

Pierre Bourdieu (1985;1980) analisou sistematicamente capital social, definindo-o como o agregado dos recursos efetivos ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de conhecimento ou reconhecimento mútuo.

Coleman (1988), em uma perspectiva teórica radicalmente distinta daquela assumida por Bourdieu, define capital social como uma variedade de entidades com dois elementos em comum, onde todos eles consistem num certo aspecto das estruturas sociais e facilitam determinadas ações dos atores – pessoas ou atores coletivos – no interior da estrutura

O termo Capital Social se relaciona com uma série de elementos da organização social, como solidariedade (elementos cognitivos), confiança mútua, constituição de redes sociais, elementos que estreitam as relações de cooperação para benefícios coletivos, resultantes da coesão social de uma comunidade participativa.

Vários estudos têm comprovado que a coesão social, a existência de confiança mútua e respeito entre diferentes setores da sociedade determinam impacto positivo na saúde.

Souza e Grundy (2004) corroboram com a discussão quando afirmam que níveis crescentes de participação reduzem a exclusão social, aumentam e aprimoram o padrão de vida comunitária. Sendo assim, capital social promove uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade mais saudável.

Portes (2000) afirma que enquanto o capital econômico se encontra nas contas bancárias e o capital humano dentro das cabeças das pessoas, o capital social reside na estrutura das suas relações.

Para Simmel (1964) a formação de capital social acontece a partir das trocas de informações, dos favores interpessoais, do compartilhamento de diferentes tipos de recursos levariam a uma rede de obrigações mútuas.

Percebe-se que a prioridade no interesse coletivo das relações de sociedade se relaciona com o capital social.

Integralidade e Capital Social

Compreendemos que as práticas e políticas em saúde necessitam de uma nova atuação da sociedade, demandando uma cidadania participativa, buscando romper com o modelo historicamente estatal-centralizado, afastando-se dos cidadãos. É nessa perspectiva que o capital social adquire relevância no fortalecimento dos princípios do SUS.

Segundo Putnam (2005) a ideia de cidadania, em uma comunidade cívica, implica igualdade política, solidariedade, confiança e tolerância. Essa comunidade será tanto mais cívica quanto mais a política se aproximar do ideal de igualdade política entre cidadãos que seguem as regras de reciprocidade e participam do governo, melhorando sua eficiência.

Como afirma Pinheiro (2007) a integralidade deve ser compreendida como uma construção coletiva, que passa a ganhar forma e expressão no espaço onde se encontram os diferentes sujeitos implicados.

Não obstante, é requisito primordial o reconhecimento de todo esse contexto na academia, que foi implementado como modelo de formação dos profissionais da categoria, promovendo ainda a discussão das redes sociais de participação e colaboração como estratégia de efetivação dos princípios do SUS.

A formação dos profissionais de saúde deve ter o compromisso e a intencionalidade de ter a concepção de integralidade articulada à formação das redes

sociais de colaboração nos currículos dos diferentes profissionais da área da saúde, a fim de, desde a formação, os profissionais que conformam o SUS trabalhem a partir de um novo paradigma.

A mudança na graduação sob o eixo da integralidade implica compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional. (SILVA & SENA, 2006, p.490).

Assim, a formação profissional não pode ter como referência apenas a doença, o processo diagnóstico e o tratamento, mas deve possibilitar uma compreensão ampliada das necessidades de saúde, com vistas a desenvolver ações voltadas para a integralidade do cuidado (SILVA & SENA, 2006).

Não se trata de adotar intervenções isoladas, mas conjuntos de intervenções combinadas [...] [para que] as diferentes combinações de atividades preventivas e assistenciais sejam apreciadas em seu conjunto (MATTOS, 2001, p.17).

A elaboração de estratégias de participação social é necessária para o desenvolvimento de redes de cooperação entre grupos da sociedade, promovendo um acúmulo e uso do capital social, que segundo Bastos et al.(2009) são fundamentais para que as questões de interesse público sejam enfrentadas e consigam ser transformadas positivamente para todos os cidadãos, através de benefícios que garantam o acesso a políticas públicas de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verdadeiramente a integralidade constitui o grande desafio para a saúde na atualidade e, desta forma, responde pelo grande desafio a ser enfrentado por todos os que nela trabalham. Os profissionais que conformam o SUS tem sua parcela de responsabilidade na (re)significação do modelo de atenção ancorado na vigilância à saúde.

Em meio a este contexto, percebe-se a relevância de se trabalhar essas discussões na formação dos diferentes profissionais e todos os atores envolvidos no processo, na perspectiva do trabalho coletivo em saúde com participação e fortalecimento das redes sociais.

O capital social relaciona-se à prioridade do interesse coletivo nas relações de sociedade, conseqüentemente se constitui como elemento relevante na formulação das políticas de saúde a partir da sociedade civil organizada.

Nesse sentido, a discussão do capital social vem corroborar uma vez que a trajetória da formação do Estado Brasileiro ser caracterizada pela centralização e hegemonia sobre a sociedade, distanciando-se dos princípios que norteiam o SUS.

Dessa forma, o Estado trabalharia na perspectiva de superar o privilégio de determinados interesses em detrimento das necessidades da população. Fortalecendo ainda a cidadania quando torna essa população mais participativa, mais política e com acúmulo de capital social.

Os grandes avanços na implementação do SUS nos últimos anos nos possibilita pensar um futuro promissor no quais os serviços em saúde consigam satisfazer às necessidades sociais. Os desafios complexos exigem que todos os profissionais, gestores e usuários sejam sujeitos ativos nesse processo na busca da efetivação dos princípios do SUS, em especial a integralidade.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Francisco Avelar; SANTOS, Everton; TOVO, Maximiano Ferreira. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.2, p.177-188, 2009.

BOURDIEU, P. **Le capital social: notes provisoires**. *Actes Rech.Sci. Soc.*, 31, pp.2-3,1980.

BOURDIEU, P. The forms of capital. *In: RICHARDSON (Org), J. G. Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Nova Iorque, Greenwood, pp. 241-58, 1985.

CAMARGO JR. K. R.; *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24 Sup 1, S58-S68, 2008.

COLEMAN, J.S. **Social Capital in the creation of Human Capital**. *American Journal of sociology*, Chicago. v.94.p.95-120, Suplemento. 1988.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. Vol. 13, no. 3, pp. 5-15, 2004.

GROOTAERT, C. **Social capital: the missing link?** *Social Capital Initiative*. Washington DC: *The World Bank*; 1998

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P. Glass R. **Social capital, and self-rated health: a contextual analysis**. *Journal Am Epidemiology*. 89:1187-93, 1998.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 5, pp. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. 2001. Acesso em 22/11/2009. Disponível em http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf

MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. *In: Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, p 233-295, 1996.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção das práticas de saúde. *In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A Razões Públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ- ABRASCO, 2007.

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PORTES, Alejandro. **Capital social**: origens e aplicações na sociologia contemporânea. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n. 33, 2000. p.133-158.

ROCHA, P. M.; *et al.* Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, Sup. 1, S69-S78, 2008.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 59, n. 4, pp. 488-491, 2006.

SIMMEL, G. *The metropolis and mental life*. In: WOLFF(org./trad.) K. H. **The Sociology of Georg Simmel**. Nova Iorque, Free Press, pp. 409-24, 1964.

SOUZA, E. M., GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 20(5):1354-1360. 2004.

UCHÔA, A. C. Experiências inovadoras de cuidado no PSF: potencialidades e limites. [on line] **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2008.