

CAPITAL SOCIAL E SAÚDE COLETIVA: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CERNE DA POLÍTICA DE SAÚDE DO SUS

Clidenor Barreto da Silva Filho¹

Maria de Lima Alves²

Lore Fortes³

O trabalho trata de um estudo de caso acerca do Programa Saúde da Família – PSF no bairro Vingt Rosado em Mossoró-RN. A pesquisa pautou-se em analisar as relações sociais entre a Equipe Saúde da Família e as famílias cadastradas no PSF buscando identificar a presença de Capital Social no âmbito desta comunidade. Com uma abordagem metodológica qualitativa o estudo teve como sujeitos da pesquisa cinco profissionais de saúde e vinte famílias selecionadas utilizando-se de uma amostragem estatística não intencional. Os dados foram coletados através de cadastros familiares, questionários, e entrevistas semi-estruturadas. A análise aponta que o desengajamento político e associativo da comunidade reflete no desempenho do programa e nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e a comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Capital Social, Saúde Coletiva, Participação, Programa Saúde da Família.

¹ Mestrando em Ciências Sociais pelo PPGCS-UFRN

² Mestra em Desenvolvimento e Meio Ambiente- Rede Prodema-UFRN

³ Professora do Departamento de Ciências Sociais e do PPGCS-UFRN

INTRODUÇÃO

A teoria do Capital Social tem sido discutida e instrumentalizada por inúmeros teóricos e pesquisadores sociais. Nas duas últimas décadas do Século XX, registrou-se um aumento vertiginoso da produção literária e de pesquisas sobre este campo de estudo⁴. A pesquisa empírica realizada por ROBERT PUTNAM (2006) na Itália moderna como uma das mais expressivas neste campo de estudo revelou uma série de contrastes entre regiões com tradições cívicas e não-cívicas no norte e sul deste país. Os contrastes apresentados se manifestaram sobretudo, no desempenho institucional do Governo e nas relações entre Sociedade e Estado.

A concepção teórica desenvolvida por PUTNAM acerca da teoria do Capital Social compreende que a junção da tríade conceitual: confiança, regras de reciprocidade e sistemas de participação cívica, configura o conjunto de elementos essenciais para a existência de Capital Social na sociedade. “Aqui o capital social diz respeito a características da organização social, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas”. (PUTNAM, 2006, p.177).

A confiança constitui-se como elemento central para a consolidação de uma sólida rede de relações sociais em comunidade. Compreende-se, desse modo, que para existir uma mútua e constante rede de cooperação entre os indivíduos de uma mesma comunidade, faz-se necessário confiar no outro, ao mesmo passo em que se deve desfrutar também de credibilidade no sentido moral do termo. Logo, deduz-se que quanto maior o nível de confiabilidade entre indivíduos de uma mesma comunidade, certamente as atitudes de cooperação se darão numa proporção maior de forma voluntária e coordenada. Essa realidade aqui apresentada é uma caracterização de comunidades que possuem fortes traços de Capital Social, no qual regras de reciprocidade e sistemas de participação cívica dão à tônica. O fortalecimento organizacional e o associativismo dos grupos em comunidade contribuem para tecer uma rede de relações mais horizontais.

Todavia, é necessário destacar que em sociedades cada vez mais complexas, o individualismo, a competição, e a desconfiança, são características predominantes dentro de um contexto social moderno. Assim, as relações são caracterizadas por reciprocidades utilitaristas, ímpetus competitivos, e um sistema de relações verticalizadas, orientando obrigações assimétricas entre os atores sociais envolvidos. Por outro lado, é evidente o desinteresse e a indiferença dos indivíduos pela política e pelos assuntos públicos.

⁴ Outros autores abordam o conceito de Capital Social e Simbólico- Bourdieu, Colleman, Granoveter, etc.

A solução apontada para essa problemática é a clássica concepção teórica formulada por Hobbes, da inexorável necessidade da intervenção de uma força maior (**Leviatã**) que regule e mantenha o equilíbrio social frente aos interesses individuais e das atitudes amorais que nutrem o egocentrismo e a deserção corrosiva do indivíduo em relação ao cumprimento de seus deveres para com a sociedade. Os conflitos e a heterogeneidade de interesses que compõe o campo político e social favorecem a criação de um quadro de relações sociais fragilizadas pela desconfiança, incerteza, e incapacidade de cooperação espontânea refletida na quebra de regras do Contrato Social.

Contrariando a tese hobbesiana de um Estado forte e autárquico, PUTNAM (2006, p.175) vai questionar o caráter imparcial da coerção do Estado na resolução dos conflitos sociais. “O maior problema, porém, é que a coerção imparcial é em si mesma um bem público, estando sujeita ao mesmo dilema básico que ela busca resolver. A coerção de um terceiro exige que este seja confiável, mas que força garante que o poder soberano não irá “desertar”?”

A incapacidade de cooperar para o bem comum não se caracteriza como uma atitude irracional por parte de quem transgredir as normas ou regras sociais, entretanto, o resultado da ação individual negativa incidirá em prejuízo para o conjunto da sociedade. De um modo geral a racionalidade dos indivíduos está presente circunstancialmente nas suas escolhas e nas suas ações. Neste universo social caracterizado pela incerteza e a insegurança torna-se mais sensato não confiar no outro, não se arriscar a cooperar, pela simples razão de que não há garantias de retorno por parte do outro em quem confiou. PUTNAM (2006) faz um destaque interessante no que concerne a impossibilidade de ações altruístas dentro do pacto social:

O desempenho de todas as instituições sociais, desde os mercados de crédito internacionais ou os governos regionais até as filas de ônibus, depende de como esses problemas são resolvidos. Num mundo habitado por santos, talvez os dilemas da ação coletiva não existissem, mas o altruísmo universal é uma premissa quixotesca para quaisquer ações ou teorias sociais. “Quando os atores são incapazes de assumir compromissos entre si, eles têm que renunciar – pesarosamente, porém racionalmente – a muitas oportunidades de proveito mútuo. (PUTNAM, 2006, p. 174).

Diante desse impasse em torno do dilema da ação coletiva em sociedades modernas quais os mecanismos capazes de criar um ambiente favorável à cooperação social, responsabilidade social e a interações horizontalizadas? De acordo com PUTNAM (2006), para que exista um ambiente favorável à cooperação espontânea é necessário que se

estabeleçam regras de reciprocidade coletiva, acompanhadas de um sólido sistema de participação cívica.

Assim sendo, os atores sociais estão em permanente risco de sofrerem sanções morais, constrangimento e ostracismo social. De fato, é compreensível que numa comunidade cívica, a reciprocidade generalizada é uma ação racional comum a todos. Naturalmente um indivíduo sente-se coagido a retribuir de imediato ou num momento posterior a ação que lhe foi direcionada.

Os sistemas de participação cívica são essenciais para o funcionamento e apreensão dessas normas cívicas em sociedade. A participação através de associações, clubes esportivos, sindicatos, cooperativas, partidos políticos e entidades culturais, influenciam e contribuem na formação da cidadania, fomentando a participação da sociedade nas discussões sobre os dilemas da vida social. Em uma comunidade cívica os interesses coletivos sobrepõem-se aos individuais na medida em que todos acreditam que sua ação é fundamentada para o bem comum, e, portanto, também contempla ao indivíduo portador da ação. No entanto, a concepção aqui apresentada não tem como finalidade romantizar ou apresentar uma nova panacéia teórica no sentido de idealizar a ilusão de que em comunidades cívicas não exista conflitos entre os atores sociais. As diferenças e interesses existem proporcionalmente em qualquer grupo ou sociedade sendo na maioria das vezes a causa primordial dos conflitos sociais.

Não obstante, o que se constata nas comunidades cívicas é a potencialização do Capital Social pelos sistemas de participação cívica. O engajamento cívico e a confiança estimulada entre os indivíduos produzem cooperação, e a cooperação produz mais confiança criando um círculo virtuoso de relações interpessoais e recíprocas. Deste modo, pode-se destacar o que PUTNAM (2006, p.186) chama de comunidade cívica:

Os estoques de capital social, como confiança, normas e sistemas, tendem a ser cumulativos e a reforçar-se mutuamente. Os círculos virtuosos redundam em equilíbrios sociais com elevados níveis de cooperação, confiança, reciprocidade, civismo e bem-estar coletivo. Eis as características que definem a comunidade cívica. Por outro lado, a inexistência dessas características na comunidade não-cívica também é algo que tende a auto-reforçar-se.

Outras formas importantes de Capital Social dizem respeito às normas e cadeias de relações sociais. Essas normas possuem caráter informal, porém, não menos eficazes. Nesse sentido, o respeito às boas regras de convivência em comunidade, aos valores morais e éticos,

a credibilidade depositada no outro e o sentimento do bem comum deve ser observados por todos.

Em contraposição, nas comunidades não-cívicas do sul da Itália constatou-se um alto grau de desengajamento político dos indivíduos. As conseqüências desse desengajamento corroboram com as relações clientelísticas, centralização política (**governos autoritários**), aumento da desconfiança, relações mais verticalizadas, atraso econômico, subdesenvolvimento social, desinteresse pelas coisas públicas e descontentamento generalizado da sociedade.

Nas cidades e comunidades onde os sistemas de participação cívica estavam bem consolidados, em contraste PUTNAM (2006) observou uma nítida correlação entre as associações cívicas e instituições públicas. Em outras palavras, notou-se um melhor desempenho institucional pelo viés de políticas públicas eficazes e o fortalecimento da Sociedade e do Estado respectivamente. Todavia, acrescenta que:

Se os sistemas horizontais de participação cívica ajudam os participantes a solucionar os dilemas da ação coletiva, então quanto maior horizontalizada for a estrutura de uma organização, mais ela favorecerá o desempenho institucional na comunidade em geral. A afiliação a grupos horizontalmente organizados (como clubes desportivos, cooperativas, sociedades de mútua assistência, associações culturais e sindicatos) deve estar positivamente relacionada com bom desempenho governamental. (PUTNAM, 2006, p.185).

Nessas comunidades as relações sociais se estabeleceram de forma razoavelmente horizontalizadas, com menor distanciamento entre os cidadãos e o governo, ações democráticas, maior cooperação social e alto índice de confiança entre os atores sociais. Pode-se afirmar, portanto, a constatação de um melhor nível de desenvolvimento social, estabilidade política e econômica, participação, associativismo, e interesse pelas coisas públicas, maior consciência dos direitos e deveres dos cidadãos, índices sociais mais avançados de escolaridade, saúde e segurança, e identidade com o sistema de governo democrático.

A proposição teórica discutida neste estudo apresenta a idéia de que em sociedades que agregam a presença de certo nível de Capital Social quando potencializado por um sistema de participação cívica em que a capacidade de auto-organização da sociedade em cooperativas e associações e/ou grupos organizados dos mais diversos segmentos, possui o poder de influenciar no desempenho institucional dos governos na medida em que participam, acompanham e fiscalizam as ações governamentais exigindo políticas públicas eficazes, descentralização do poder e atitudes democráticas da classe política. Neste sentido, a coerção

da comunidade cívica exerce um papel fundamental na definição de prioridades sociais dos governos locais. Assim, “pelo lado da demanda, os cidadãos das comunidades cívicas querem um bom governo e (em parte pelos seus próprios esforços) conseguem tê-lo. Eles exigem serviços públicos mais eficazes e estão dispostos a agir coletivamente para alcançar seus objetivos comuns” (PUTNAM, 2006, p.191). No Brasil, a participação da sociedade pela construção de um sistema de saúde universalizante constitui-se como uma conquista histórica vital para a criação do Sistema Único de Saúde- SUS.

Sistema de Saúde no Brasil: Desigualdades e Exclusão Social

No Brasil, o modelo de política de saúde prevalecente nas primeiras décadas do Século XX desenvolveu-se sob a perspectiva da assistência médica eminentemente curativista e medicalizante. Nesse contexto, inicia-se a histórica dicotomia no setor saúde entre o sistema de saúde público e o privado, bem como o enfoque curativista versus o preventivo. A saúde pública desenvolveu ações de caráter coletivo, sobretudo, em relação às campanhas sanitárias de combate a doenças endêmicas sob a responsabilidade do Estado. A assistência médica individual, no entanto, estava restrita a esfera privada, em decorrência a maior parte da população tinha o acesso negado aos serviços de saúde (NUNES, 2002).

As políticas sociais no Estado brasileiro ao longo de sua história até meados do final da década de 1980 foram qualificadas como residuais por não contemplarem todo o conjunto da sociedade, se configurando, portanto, como meritocrático-corporativas. Ao longo dos anos, os direitos sociais se restringiram ao sistema previdenciário e instituições agregadas (CAP, IAP, INPS,). A acessibilidade limitou-se aos trabalhadores que exerciam funções profissionais legitimadas pelo Estado, com carteira de trabalho assinada e contribuição econômica para os cofres da Previdência Social.

A concepção da assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública. Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório. (COHN, 2002, p. 15).

A emergência do Estado desenvolvimentista a partir de 1930 potencializou a expansão e o fortalecimento institucional do Estado brasileiro com a criação de centros administrativos e de uma burocracia técnica voltada para o desenvolvimento econômico e a aplicação de políticas sociais planejadas. A centralização aqui destacada prevaleceu até

meados do final da década de 1970, caracterizada pelo controle dos recursos financeiros e estratégias políticas de uso exclusivo do Governo Federal.

Durante o período de governo totalitário exercido pelo Regime Militar esse quadro de concentração de poder foi proporcionalmente ampliado registrando-se um rigoroso controle sobre a arrecadação dos tributos e conseqüentemente dos critérios sobre a divisão dessas finanças entre os Municípios, Estados e a União. Nesse sentido, os gastos públicos dos Estados e Municípios eram rigorosamente controlados pela União, e o repasse desses valores dependia exclusivamente do poder de barganha das elites regionais na sua relação com o Governo dos Militares.

A crise do Estado Desenvolvimentista no decorrer da década de 1970, por sua vez, suscitou a construção “de um novo equilíbrio federativo”, ou seja, mudanças no âmbito fiscal, institucional e político. Nesta perspectiva, diversos atores políticos vieram à tona, saindo do anonimato para ganhar importância no cenário político. Assim, prefeitos, governadores, movimentos populares e sindicatos passaram a exercer forte pressão e influência na correlação de forças com o Governo Federal.

A promulgação da constituição federal de 1988 concedeu maior autonomia político-institucional e tributária aos Municípios e Estados. Contudo, acirrou o conflito entre esses níveis de governo no que concerne à captação de recursos e investimentos. Finalmente, é necessário observar conforme ARRETCHE (1996, p.54) a imprecisão sobre a idéia de uma descentralização plena no âmbito nacional:

Seria, assim, impreciso afirmar que tenhamos no Brasil um processo de descentralização das estruturas administrativas e das funções do Estado. Na verdade, para além dos esforços de descentralização de alguns programas públicos e dos resultados descentralizados que as iniciativas dos níveis subnacionais têm ensejado, não existe uma estratégia ou programa nacional de descentralização que, comandado pela União, proponha um rearranjo das estruturas político-institucionais do Estado.

Por outro lado, a proposição da descentralização dos programas sociais inseridos na pauta da reforma durante o processo de redemocratização do país na década de 1980, obteve alguns avanços, sobretudo, na área da Saúde Pública com a universalização e expansão dos serviços de saúde.

Interlocução entre espaços Públicos e Privados e Clientelismo

A história do Estado brasileiro segundo MARTINS (1999) dos Séculos XVI e XVII que corresponde ao período colonial caracterizou-se pelo domínio quase total do poder privado, ou seja, tudo pertencia ao rei. Terras, riquezas, súditos, animais, etc. A pequena parcela do que não se classificava como de sua propriedade de modo contraditório constituía-se como o que era de natureza pública. No Brasil contemporâneo a distinção circunscrita acerca do que seja público e privado ainda está obscurecida pelo cenário do domínio político das oligarquias e grupos políticos tradicionais que mantêm um controle ferrenho sobre as instituições mediante a política do clientelismo e da troca de favores ou dádiva.

Na realidade, a noção de Saúde Coletiva como um direito social está distanciada da percepção da grande massa da população, isto é, dos estratos desfavorecidos das áreas urbanas e periféricas dos Municípios brasileiros. A prestação dos serviços de saúde de forma precária e a prática do clientelismo revelam a fragilidade na participação da sociedade na reivindicação de direitos sociais.

No Brasil, a distinção entre o público e o privado nunca chegou a se constituir, na consciência popular, como distinção de direitos relativos à pessoa, ao cidadão. Ao contrário, foi distinção que permaneceu circunscrita ao patrimônio público e ao patrimônio privado. Portanto, uma distinção relativa ao direito de propriedade e não relativa aos direitos da pessoa. (MARTINS, 1999, p. 21).

A política do favor é um lugar comum no cotidiano das famílias, principalmente no interior nordestino. A naturalização dessa nociva prática está cristalizada na cultura paternalista que prevalece nas relações estabelecidas entre os indivíduos e os atores políticos que mantém alguma influência sobre as instituições prestadoras desses serviços. Todavia, é necessário observar que a política do favor não é uma exclusividade dos estratos populares da sociedade. “Não só os pobres, mas todos os que, de algum modo, dependem do Estado, são induzidos a uma relação de troca de favores com os políticos” (MARTINS, 1999, p. 29).

A dimensão da cultura da apropriação do público pelo privado ultrapassa todos os seguimentos institucionais e de classe. Do mesmo modo, a classe média e estratos mais abastados (**ricos**) da sociedade se alimentam e fortalecem a política do favor, desenhando um ciclo vicioso de corrupção e clientelismo. Portanto, impossibilitando uma nítida distinção entre o público e o privado. Nesta perspectiva cabe afirmar que,

As indicações sugerem que o clientelismo sempre foi e é, antes de tudo, preferencialmente uma relação de troca de favores políticos por benefícios

econômicos, não importa em que escala. Portanto, é essencialmente uma relação entre os poderosos e os ricos e não principalmente uma relação entre os ricos e pobres. (MARTINS, 1999, p. 29).

BAQUERO (2001), avaliando as contradições na cultura política brasileira, destaca o aumento da desconfiança da sociedade em relação à classe política, o que não é menor em relação às instituições públicas. De fato, o autor percebe um desencantamento e insatisfação da sociedade brasileira no tocante às políticas sociais e serviços públicos.

A apropriação e privatização das instituições pelo poder político é uma realidade do sistema político brasileiro, sobretudo, com a consolidação do neoliberalismo como modelo político-econômico hegemônico. O uso indiscriminado das instituições públicas para fins de interesses de grupos políticos tradicionais, dentre outros, constitui-se como um grave problema para a construção da cidadania, e enfim, para consolidação da Democracia enquanto sistema político.

Neste contexto urbano de desequilíbrios e desigualdades sociais, o movimento da Reforma Sanitária surge a partir de 1960 como um contraponto a esse modelo de Assistência à Saúde. Formado por Antropólogos, Sociólogos, Economistas, Sanitaristas e intelectuais de variados campos, inspirado nas experiências de outros países, e nas discussões e debates que ocorreram na Conferência de Alma-Ata esse movimento social se fortaleceu progressivamente como um dos mais combativos do ponto de vista político pela redemocratização do Estado brasileiro, mas, sobretudo, pela transformação do Sistema de Saúde e sua configuração como prioritariamente de Saúde Pública. A defesa da inclusão de toda a sociedade ao amplo acesso aos serviços de saúde independentemente da classe social e condição de trabalho dos indivíduos foi a principal bandeira de luta desse movimento. Ademais, compreendiam a saúde como meio estratégico que deveria estar vinculado a Política Nacional de Desenvolvimento, e não apenas como apêndice da Previdência Social. (PEDRO JACOBI, 1999).

A partir de 1985, começaram os preparativos e debates para a elaboração da Constituição Federal. A Assembléia Nacional Constituinte formada por Deputados Constituintes ensaiaram os primeiros passos em consonância com uma enorme massa formada por movimentos sociais das mais variadas formas de pensamento ideológico. Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária com o desafio de formular as bases para a construção do Sistema de Saúde no Brasil. Esse novo olhar sobre a compreensão do campo da saúde como de suma relevância pública está incluída na Constituição Federal de 1988, no artigo 196: “A saúde é direito de todos e

dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A sistematização dos serviços de saúde sob a orientação do SUS se inscreveu em dois princípios fundamentais: a universalização e a integralidade dos serviços de saúde. O modelo de descentralização no âmbito da saúde no Brasil orientou-se pela divisão de atribuições nos três níveis de governo: Municípios, Estados e União. Nesta ordem, coube aos Municípios a responsabilidade pelo nível da Atenção Básica dos serviços, os procedimentos de média e alta complexidade ficaram a cargo dos Estados e da União.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolvido por práticas sob a forma de trabalho em equipe dirigidas a populações de territórios bem delimitados, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. (BRASIL, 2006).

Na esfera municipal a estratégia idealizada pelo SUS priorizou a valorização e o fortalecimento dos Programas de Saúde de caráter preventivo cujo objetivo foi provocar mudanças de comportamento e de mentalidade no corpo social. Nesta perspectiva, a educação emerge como premissa fundamental desses programas de saúde. Contudo, a racionalização do modelo de saúde preventiva e seu desempenho institucional são resultantes do comportamento e da ação racional dos indivíduos, sejam estes profissionais de saúde, gestores ou cidadãos comuns, no que diz respeito às diretrizes operacionais e educativas que regem essa Política de Saúde.

Neste novo modelo de assistência a saúde coletiva observa-se um avanço significativo no que concerne a idéia de uma medicina preventiva comunitária como alternativa ao modelo curativo predominante no Brasil. Desse modo, ao garantir a universalidade dos serviços e a igualdade de atenção à saúde enquanto premissas fundamentais, essa nova concepção de saúde ampliada pode contribuir na construção de uma nova gestão democrática dos serviços públicos, no qual ações integradas com outras variáveis sociais como educação, saneamento, trabalho e segurança, fortalecem a idéia da Cidadania como base para a construção de um Estado democrático.

O Programa Saúde da Família – PSF foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1994. Foi idealizado para trabalhar a prevenção de doenças e a promoção da saúde sendo considerado como a principal estratégia da política de Atenção Básica da Saúde no âmbito do

SUS. Este programa organiza-se em torno de equipes compostas por multiprofissionais: um profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um grupo de seis ou mais agentes comunitários de saúde. Foi estabelecido pelo SUS, que cada ESF seria responsável pelo acompanhamento de 800 famílias ou 2.400 a 4.500 pessoas.

O Pacto de Gestão entre as três esferas de governo (União, Estados e Municípios) para o financiamento do SUS, preconiza que a Estratégia Saúde da Família é de responsabilidade dos Municípios. Neste sentido, foi determinado que os repasses financeiros do Governo Federal fossem encaminhados diretamente para o Fundo de Participação Municipal, o que reflete o projeto de descentralização no Sistema de Saúde.

O Município de Mossoró localiza-se na mesorregião Oeste do Estado do Rio Grande do Norte. Com população de 234.214 habitantes (IBGE, 2007), é considerada como um dos principais pólos econômicos do Estado. O PSF foi implantado neste Município no ano de 1999. O programa foi composto inicialmente por quatro Equipes de Saúde da Família, selecionadas e treinadas por uma equipe de médicos cubanos, coordenados pelo médico cubano Jhony Cinema. Cada equipe foi formada por um clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um grupo de seis agentes de saúde. As primeiras ESF foram instaladas nos bairros: Belo Horizonte, Liberdade II, Bom Jesus e Estrada da Raiz⁵. Atualmente estão em atividade no município 60 ESF e 439 ACS e o número de famílias acompanhadas por este programa é de 58.876 (SIAB, 2007).

O bairro Vingt-Rosado lócus dessa pesquisa está localizado na região leste da cidade. Foi construído no ano de 1990 e está organizado em três etapas que correspondem a 2.416 casas populares⁶. Em relação à infra-estrutura o bairro possui três escolas que oferecem ensino fundamental e médio, uma creche para crianças menores de cinco anos, um posto policial e duas unidades básicas de saúde.

A atuação do PSF neste bairro é efetivada por três Equipes de Saúde da Família. Cada equipe, por sua vez, é responsável pelo atendimento das famílias que residem em uma das etapas deste conjunto habitacional, correspondendo uma média de 800 famílias para cada equipe de saúde. A formação das ESF constitui-se de um profissional médico, um enfermeiro, um odontólogo, um técnico de enfermagem, um atendente de dentista e um grupo de agentes de saúde.

⁵ A gerência da saúde não expôs as razões e critérios na escolha desses bairros.

⁶ Fonte Caixa Econômica Federal 2008. Há de se observar que o número de casas construídas não corresponde ao projeto original das construtoras, onde foi construído o bairro vizinho Alto da Pelonha também deveria ser outra etapa deste conjunto habitacional. Isto quer dizer que há casas não financiadas, sem documentação e impossibilitadas de financiamento.

O olhar do profissional da Equipe Saúde da Família sobre o PSF

Os profissionais da ESF são considerados atores importantes no modelo vigente de Atenção Básica à saúde. Em entrevista realizada com uma enfermeira-supervisora, apreendemos seu ponto de vista enquanto profissional do PSF e sobre a atuação desse programa em Mossoró. Destacou:

A população ainda não está preparada para esse tipo de serviço. O que a população quer é chegar à UBS ser atendida, receber o medicamento e tomar o remédio, expressando uma concepção curativa. O PSF já vem atuando há vários anos aqui em Mossoró, mas infelizmente em algumas comunidades não funciona.

A Estratégia Saúde da Família tem como finalidade desenvolver ações preventivas e atividades de educação permanente em saúde. O que este estudo constatou, entretanto, é que essas ações não estão sendo desenvolvidas como orienta o Ministério da Saúde. A educação da população, sobre esse modelo de atuação na saúde é de responsabilidade do poder público local, dos gestores da saúde, e, sobretudo, dos profissionais que trabalham nas ESF. A enfermeira demonstra especialmente que há um despreparo da população para entender o PSF, entretanto que tipo de atividades a ESF faz para melhor esclarecer tal programa? Quais os procedimentos técnicos que contemplam este modelo de atendimento com vistas à educação em saúde e a prevenção de agravos? Os profissionais de saúde estão atuando de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família?

A informação é considerada um elemento imprescindível para o desenvolvimento deste programa. PUTNAM (2006) destaca três fatores do Capital Social que é a existência de confiança, obrigações e canais de informação. Além dessas condições deve-se destacar também que a mudança de mentalidade da população em relação ao paradigma da saúde coletiva depende consideravelmente dos níveis de organização, educação e participação dos sujeitos na construção de um sistema de saúde que não considere o lucro em detrimento da vida o que ocorre no sistema de saúde de um modo geral. Quanto ao desempenho do programa comentou a enfermeira em depoimento: “Isto depende muito dos gestores e dos profissionais da equipe em si e do compromisso destes profissionais que não trabalham em equipe, se o serviço for feito de forma individualizada não tem sucesso, não é bom para o usuário”.

A participação e o controle social exercido pela comunidade sobre os programas públicos como o PSF influenciam de modo considerável no desempenho e na evolução dessa

estratégia enquanto política de saúde do campo da Atenção Básica. Ao passo que os sujeitos são conhecedores de seus direitos e participam na condição de cidadãos exige-se qualidade nos serviços de saúde e expressam a sua insatisfação com o desempenho dos trabalhadores desse segmento. (LIMA & MOURA, 2005).

A intervenção da Estratégia Saúde da Família e do funcionamento dos serviços de saúde nas unidades básicas deste bairro é analisada a partir das representações formadas pelos seus moradores e de sua relação com o PSF. Em relação à categoria confiança apresentada nos depoimentos destes comunitários, observou-se um quadro de percepções contraditórias, ambíguas e apontamentos individualizados sobre o programa. O distanciamento das famílias com os profissionais da ESF caracteriza uma rede de relações impessoais apontando para um sentimento de desconfiança em relação a este programa. Alguns depoimentos expressam de modo enfático essa situação:

Não confio no programa pela falta de atenção, já precisei de acompanhamento quando tava com depressão e ninguém nunca veio aqui em casa. Em minha opinião não existe PSF aqui no bairro. [...] A qualidade do PSF é precária, deficiente poderia ser melhor se tivesse profissionais qualificados lá e se o programa funcionasse como deveria, mas não é assim que funciona.

Conforme LIMA & MOURA (2005), a confiança configura-se como um elemento central na produção de Capital Social, é o cimento que fortalece as relações entre os indivíduos, elemento que aumenta a eficiência das ações coordenadas e dos benefícios mútuos. Dentro dessa perspectiva, PUTNAM (2006) chama a atenção para a ausência de reciprocidade nas relações entre os indivíduos, sobretudo em um contexto social moderno, mais complexo, onde o individualismo e a desconfiança predominam na modernidade (GIDDENS, 1991).

A mentalidade dos profissionais em relação aos serviços de saúde é caracterizada em suas práticas pela predominância do atendimento ambulatorial em detrimento das ações educativas e preventivas que demandam mais envolvimento, confiança e inserção desses profissionais na comunidade. Neste sentido, destacam LIMA & MOURA (2005, p. 121):

Essas culturas são constituídas pela formação curativa, de consultório ou de hospital dos profissionais, que mantém pouco contato com as comunidades, além da tendência de manterem diversos empregos para aumentar a renda o que contribui para descaracterizar o programa.

A participação popular e o controle social são fundamentos chaves da política da Atenção Básica. O desenvolvimento de vínculos e de responsabilidades entre as ESF e a

comunidade é imprescindível para o estímulo da confiança social e eficiência das ações e serviços pertinentes à Estratégia Saúde da Família. LIMA & MOURA (2005) chamam a atenção para a importância da participação e da cooperação da sociedade seja esta em forma de reivindicação ou do controle social. A informação e o engajamento político dos indivíduos e o exercício da cidadania são determinantes para a obtenção de um sistema de saúde eficiente e democrático. Assim:

A partir do momento que a comunidade entendia o PACS/PSF, passava a exercer um efetivo controle social sobre o trabalho dos agentes, cobrando as visitas mensais e denunciando para as equipes aqueles que não as cumpriam. Além disso, a população torna-se mais ciosa de seus direitos, cobrando mais por atendimento médico e medicamentos, tanto na forma proposta pelo PSF, quanto na forma tradicional de atendimento dos postos de saúde (LIMA & MOURA, 2005, p.125).

No tocante a categoria participação conforme o depoimento dos moradores não existe qualquer relação entre o PSF e os grupos organizados do bairro sejam estes de caráter político ou religioso, cultural, dentre outros. Quanto ao PSF constata-se que este programa não desenvolve ações educativas continuadas com grupos definidos, tampouco reuniões entre os profissionais e a comunidade o que denota uma frágil aproximação entre estes grupos sociais, o que evidencia uma lacuna no que concerne a normas de reciprocidade, caracterizando um panorama de relações verticalizadas e de dependência.

A ausência de uma cultura participativa e a atitude *blasé* dos indivíduos com as coisas públicas e com o campo da política é uma preocupação constante no pensamento de Robert Putnam. Na sociedade americana onde desenvolveu algumas pesquisas enfatiza que o declínio do envolvimento cívico está vinculado ao esvaziamento das associações comunitárias, religiosas sindicatos, grupos esportivos e culturais. Este fato contribui para o problema do individualismo moderno e amplia o sentimento de desconfiança nas relações entre os indivíduos e as instituições. PUTNAM (2006) usa a metáfora “jogar boliche sozinho” como sinal de enfraquecimento das relações sociais⁷ entre os cidadãos, neste caso remetendo ao declínio de Capital Social nos Estados Unidos.

Em contrapartida, diversos estudos empíricos sobre a idéia de Capital Social revelam os extremos contrastes entre as comunidades que possuem uma cultura de envolvimento cívico e participativo e comunidades não-cívicas. Diferenças que influenciam no desempenho dos governos e das instituições democráticas que apresentam melhores índices de educação, saúde,

⁷ Sobre a fragilidade dos laços sociais na modernidade ver o sociólogo polonês Zygmunt Bauman. Em obras como o Amor líquido e O mal estar na pós-modernidade o autor aborda essa temática.

segurança pública, menores índices de criminalidade e maior harmonia nas comunidades que possuem essas redes organizadas e de participação política (PUTNAM, 2006).

A Estratégia Saúde da Família na busca pela consolidação de um novo modelo de atenção a saúde no Brasil, de acordo com a NOAS/2001 (Norma Operacional de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde), enfatiza a importância das visitas domiciliares, as reuniões entre os profissionais da ESF e a comunidade, atividades educativas com grupos definidos e educação continuada. De acordo com os discursos destes comunitários, verifica-se a ausência da efetivação dessas diretrizes no PSF do bairro, fato que confirma um conjunto de falhas na racionalidade do sistema de saúde. A indiferença dos profissionais frente a este conjunto de diretrizes constitui-se como indicadores que ilustram um panorama de contradições e ineficiência da Estratégia Saúde da família na abordagem dos dilemas da Saúde Coletiva. Portanto, a racionalidade empreendida na organização e desenvolvimento da política de Atenção Básica é descarectarizada pelos profissionais de saúde responsáveis pela funcionalidade do PSF, sejam estes gestores, políticos locais ou profissionais da saúde, que motivados por interesses individuais, políticos, e econômicos desvirtuam a filosofia do programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise empreendida neste estudo de caso acerca do Programa Saúde da Família no Bairro Vingt-Rosado em Mossoró-RN, possibilitou identificar algumas deficiências e dificuldades da Estratégia Saúde da Família enquanto política central da Atenção Básica.

O descaso do poder público local em relação aos serviços de saúde e com as mínimas condições necessárias a sua manutenção é uma realidade constatada nesta comunidade. No serviço público, percebe-se a predominância de interesses políticos dos grupos oligárquicos e dominantes locais que apontam para relações cristalizadas pelo clientelismo e de pouca abertura e diálogo com instituições e grupos civis organizados. Desse modo, diminuindo os espaços e o diálogo com a sociedade.

O PSF no âmbito desta comunidade revelou uma ampla insatisfação dos usuários do SUS com a qualidade dos serviços de saúde prestados nas duas unidades básicas de saúde do bairro, no qual são realizados os atendimentos de atenção primária à população. Em relação a esse aspecto pode-se destacar dois pontos centrais: o primeiro está relacionado às dificuldades de acesso aos serviços de saúde por parte dos que necessitam e buscam esses serviços. O segundo está diretamente relacionado à resistência dos profissionais em intervir

dentro dessa estratégia sistematizada pelo SUS. Na área da saúde a grande maioria não possui qualificação específica para trabalhar na Estratégia Saúde da Família.

Pode-se afirmar que o desengajamento político das famílias no bairro é resultante da ausência de uma cultura de envolvimento cívico e da participação, elementos importantes do Capital Social. Portanto, contribuindo com a permanência desse quadro nesta comunidade. Certamente a má qualidade do atendimento e a dificuldade de acesso aos serviços são fatores que minam a confiança das famílias em relação ao programa. Assim, ao estabelecer uma relação de tipo verticalizado com a comunidade, dificulta-se a criação de laços de reciprocidade e redes de sociabilidade sólidas entre os profissionais de saúde e os moradores desta comunidade.

Contudo, não se pode afirmar que essa aproximação maior com a comunidade modifique o comportamento destes profissionais de saúde sem que antes sejam ganhos pela proposta da Estratégia Saúde da Família. Faz-se necessário uma mudança de mentalidade por parte dos profissionais de um lado, e de outro, da comunidade em relação ao PSF. Os profissionais no sentido de reconhecerem-se como sujeitos dessa realidade e de reconhecer as famílias desta comunidade como sujeitos portadores de direitos e, portanto de Cidadania. Quanto à comunidade cabe-lhes a reivindicação, a cobrança, a participação e a fiscalização em relação a esses serviços, além da responsabilidade com seus hábitos e atitudes. É nessa relação que a racionalidade da Estratégia Saúde da Família falha não conseguindo estabelecer de fato uma política de saúde preventiva na comunidade diante dos dilemas da saúde coletiva.

A hegemonia da cultura da medicalização e do curativismo pode ser considerada como outro aspecto identificável no PSF dessa comunidade. Esta cultura está impregnada na mentalidade desses profissionais de saúde e corrobora com o comportamento da comunidade que busca incessantemente consultas, remédios, etc. Fato que denota uma relação contraditória com a filosofia do programa que aponta a prevenção e a educação como métodos que contribuem para a diminuição das doenças e dos gastos públicos, e a promoção da qualidade de vida da população. Assim, a prática curativista por sua vez é considerada ainda como o modelo que resolve de fato os problemas de saúde. Não compreendendo o PSF como um modelo de atenção a saúde essas ações resultam no esvaziamento da Estratégia Saúde da Família e em sua consolidação enquanto política de Saúde Coletiva.

O conjunto de elementos aqui apresentados resultantes da análise sobre a existência de Capital Social no contexto desta comunidade a partir das relações entre às famílias e os profissionais de saúde que integram a Equipe de Saúde da Família, quando confrontados com conceitos como: confiança, participação e reciprocidade, possibilitam

visualizar níveis heterogêneos de envolvimento e responsabilidade cívica dos atores nele envolvidos, sejam estes profissionais ou usuários do SUS. Assim, pelos resultados que este estudo apresenta, constatamos que o Capital Social no PSF dessa comunidade é frágil e efêmero. Não existe uma inter-relação do programa com os grupos organizados do bairro, como a associação de moradores, grupos religiosos e culturais, ONG, dentre outros. O que implica na ausência de uma rede de participação e de pouca confiabilidade nas relações estabelecidas.

Os problemas decorrentes da qualidade do atendimento nas UBS e as dificuldades no acesso aos serviços imprimem desconfiança e a insatisfação da maioria das famílias entrevistadas. Fato que resulta numa “reciprocidade” caracterizada pela impessoalidade destas relações. Em suma, o desengajamento político e associativo das famílias e a presença de uma cultura não-participativa indicam que não existe em nenhuma proporção controle social acerca do PSF nesta comunidade. Pode-se afirmar que este fato implica necessariamente na qualidade e no desempenho deste programa, ao passo que estes fatores dependem em grande medida da participação, do controle social e da atitude da sociedade diante das ações do poder público e de suas instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta T. S. **Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, nº 31, p. 44-66, jun, 1996.

BAQUERO, Marcelo. **Cultura política participativa e desconsolidação democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo.** São Paulo em perspectiva, p.98-104, abril 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/ 1996. Gestão plena com responsabilidade pela saúde da população.** Portaria MS/GM Nº. 2. 203/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão – diretrizes operacionais.** Série Pactos pela saúde 2006. vol. 1. Departamento de Apoio a Descentralização / Secretaria Executiva, Brasília, 2006.

COHN, A. NUNES, E. JACOBI, P. R. KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade.** Trad. Raul Fiker. Ed. Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 1991.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população>. Acesso em: 15 de dezembro de 2006.

JACOBI, P. **Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde – São Paulo, 1974-84.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1993.

LIMA, Jacob C. MOURA, Maria C. **Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba.** Sociedade e Estado, v.20, n.1, p.103-133, jun/abr.2005.

MARTINS, J. Souza. **O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta**. Editora: Hucitec. 2ª ed. São Paulo, 1999.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna**. Tradução: Luis Alberto Monjardim – 5 ed: Rio de Janeiro: editora FGV, 2006.

PUTNAM, R. D. **Jogando boliche sozinho: o declínio do capital social dos Estados Unidos**. Disponível em: http://www.aliancaempreendedora.org.br/biblioteca_ae/jogando%20boliche%20sozinho%20-%20Robert%20Putnam.doc. Acesso em: 24 de dezembro de 2007.

SILVA FILHO, Clidenor Barreto da. **A produção de capital social no Programa Saúde da Família: um estudo de caso do Conjunto Vingt Rosado em Mossoró-RN**. Monografia de Conclusão de Curso. (Graduação em Ciências Sociais - Bacharelado) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 2008.