

***Campus Porto Velho Zona Norte***  
**COORDENAÇÃO DO CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO  
PÚBLICA EAD**

**ANDRÉ SANTOS DA ROCHA**

**CAPITAL SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DAS  
DESIGUALDADES EM COMUNIDADES RURAIS MARGINALIZADAS**

**PORTO VELHO**

**2025**

**ANDRÉ SANTOS DA ROCHA**

**CAPITAL SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DAS  
DESIGUALDADES EM COMUNIDADES RURAIS MARGINALIZADAS**

Monografia entregue como Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* de Porto Velho-RO como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo junto ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, sob a orientação da professora Dra Patrícia Passos Simões.

**PORTO VELHO**

**2025**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO.

Rocha, André Santos da.

Capital social e saúde pública: estratégias para redução das desigualdades em comunidades rurais marginalizadas / André Santos da Rocha. - Porto Velho, 2025.  
29 f. : il.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Patrícia Passos Simões.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em Gestão Pública EAD) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO, Porto Velho, 2025.

1. capital social. 2. comunidades rurais. 3. equidade em saúde . 4. saúde coletiva. 5. políticas públicas . I. Simões, Patrícia Passos (orient.). II. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO. III. Título.

**Bibliotecário(a) Responsável:** Gizele de Melo Viana, CRB-11/914

**ANDRÉ SANTOS DA ROCHA**

**CAPITAL SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DAS  
DESIGUALDADES EM COMUNIDADES RURAIS MARGINALIZADAS**

Monografia entregue como Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* de Porto Velho-RO como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo junto ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, sob a orientação da professora Dra Patrícia Passos Simões.

Aprovado em: 01/08/2025 pela banca examinadora.

---

Prof Me Diego Alexandre Duarte

---

Profa Dra Angelina Maria de Oliveira Licorio

---

Dra Patrícia Passos Simões

**PORTO VELHO**

**2025**

## **CAPITAL SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES EM COMUNIDADES RURAIS MARGINALIZADAS**

**RESUMO:** Este trabalho analisa o papel do capital social como instrumento estratégico para a promoção da saúde e a redução das desigualdades sanitárias em comunidades marginalizadas de áreas rurais remotas, com ênfase nas localidades de Tabajara e Estrela Azul, em Machadinho d'Oeste, Rondônia. Busca-se compreender de que forma redes de apoio, vínculos comunitários e cooperação social podem contribuir para melhorar o acesso à saúde pública nesses territórios tradicionalmente excluídos das políticas universais. A pesquisa adotou abordagem qualitativa, de natureza exclusivamente bibliográfica, e baseou-se na análise de literatura científica nacional e internacional voltada aos determinantes sociais da saúde, capital social e equidade sanitária. Foram identificadas evidências teóricas que indicam o potencial do capital social para influenciar comportamentos saudáveis, ampliar o acesso a serviços de saúde e fortalecer a coesão social em contextos vulneráveis. Apesar disso, observou-se escassez de estudos aplicados ao contexto da Amazônia Legal, o que limita a adaptação das estratégias às particularidades dessas comunidades. Conclui-se que a valorização das redes sociais locais pode potencializar ações em saúde pública e contribuir para políticas mais justas e sensíveis às realidades socioculturais da população rural amazônica. O estudo oferece subsídios teóricos relevantes e destaca a importância de futuras pesquisas.

**PALAVRAS-CHAVE:** capital social; comunidades rurais; equidade em saúde; saúde coletiva; políticas públicas.

**ABSTRACT:** *This study analyzes the role of social capital as a strategic instrument for promoting health and reducing health inequalities in marginalized communities in remote rural areas, with an emphasis on the localities of Tabajara and Estrela Azul in Machadinho d'Oeste, Rondônia, Brazil. It seeks to understand how support networks, community ties, and social cooperation can contribute to improving access to public health in territories traditionally excluded from universal policies. The research adopted a qualitative approach, with an exclusively bibliographic nature, and was based on the analysis of national and international scientific literature focused on the social determinants of health, social capital, and health equity. Theoretical evidence indicates that social capital has significant potential to influence healthy behaviors, expand access to health services, and strengthen social cohesion in vulnerable contexts. However, a scarcity of studies applied to the context of the Brazilian Amazon was observed, which limits the adaptation of strategies to the specificities of these communities. It is concluded that valuing local social networks can enhance public health actions and contribute to more just and culturally sensitive policies for rural Amazonian populations. This study provides relevant theoretical contributions and highlights the importance of future.*

**Keywords:** *social capital; rural communities; health equity; public health; collective health.*

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	Objetivos	9
1.1.1	Objetivo Geral	9
1.1.2	Objetivos específicos	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1	Definição de Saúde segundo a OMS	10
2.2	Evolução Histórica da Saúde Pública no Brasil	11
2.3	Princípios do SUS e a Universalização da Saúde	12
2.4	Desigualdades no Acesso à Saúde no Contexto Brasileiro	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
4.1	Determinantes sociais e desigualdades em saúde: o conceito de Determinantes Sociais da Saúde	17
4.2	Fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que afetam a saúde	18
4.3	Grupos em Situação de Vulnerabilidade: Rurais, Étnicos e Periféricos	19
4.4	Capital social e seus impactos na saúde comunitária	21
4.5	Capital Social como Promotor de Saúde e Bem-Estar nas Comunidades Rurais e Étnicas de Machadinho d'Oeste (RO)	22
4.6	Capital Social e Resultados em Saúde nas Comunidades Marginalizadas da Região Norte	23
4.7	Políticas Públicas e Estratégias de Intervenção com Base em Capital Social nas Regiões de Tabajara e Estrela Azul, Machadinho d'Oeste (RO)	24
4.8	Propostas Para Fortalecer O Capital Social Em Comunidades Vulneráveis	26
4.9	Recomendações para Gestores Públicos	26
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	29

## 1 INTRODUÇÃO

Considerando que a saúde pública é um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento sustentável de qualquer sociedade, sendo reconhecida como um direito humano essencial e um dever do Estado. Portanto, a efetivação desse direito enfrenta sérios desafios, especialmente em comunidades marginalizadas que vivem em áreas rurais remotas e em regiões habitadas por minorias étnicas. No contexto amazônico, municípios como Machadinho d'Oeste, em Rondônia, mostram com clareza a complexidade dessas barreiras. Regiões como Tabajara e Estrela Azul apresentam não apenas dificuldades geográficas, mas também sociais, culturais e econômicas que comprometem o acesso equitativo aos serviços de saúde e agravam as desigualdades sanitárias (Brasil, 1988; OMS, 1946; Coimbra. et al. 2013).

Sendo assim, embora políticas públicas e estratégias de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) tenham sido implementadas nas últimas décadas, os efeitos dessas medidas são limitados quando não consideram as especificidades locais, os saberes tradicionais e o capital social das comunidades envolvidas (Paim, 2008; Giovanella et al. 2021).

O conceito de capital social, entendido como as redes de apoio, relações de confiança e formas de cooperação comunitária, tem sido amplamente discutido como um fator relevante na promoção da saúde e na redução das desigualdades, sobretudo em contextos de exclusão (Kawachi; Berkman, 2014; Carpiano, 2006). No entanto, a literatura científica ainda apresenta lacunas no que diz respeito à aplicação prática desse conceito em territórios rurais da Região Norte do Brasil, particularmente em comunidades indígenas e ribeirinhas, onde as dinâmicas sociais e culturais diferem significativamente dos contextos urbanos (Roux, 2001; Harpham; Grant; Thomas, 2002).

Diante disso, esta pesquisa documental, tem como objetivo analisar, à luz da literatura científica nacional e internacional, de que maneira o capital social pode ser mobilizado como instrumento estratégico para a promoção da saúde pública e para o enfrentamento das desigualdades sanitárias em comunidades marginalizadas de áreas rurais remotas, com foco nas localidades de Tabajara e Estrela Azul, em Machadinho d'Oeste. Ao reunir e interpretar criticamente as contribuições teóricas já consolidadas, busca-se oferecer subsídios e recomendações para gestores públicos,

profissionais da saúde e formuladores de políticas que atuam em contextos semelhantes (Marmot, 2010; Moore et al. 2011; Putnam, 2000).

Com base nos estudos de Gentile de Mello (1979) e Vieira da Silva (1979), entre outros autores, será apresentada uma estrutura de trabalho dividida em quatro seções principais. A primeira seção trata da fundamentação teórica sobre saúde pública, desigualdades sociais e o papel do capital social; a segunda descreve a metodologia adotada, com foco na abordagem bibliográfica; a terceira seção discute os principais achados teóricos relacionados ao problema proposto; e a quarta apresenta as considerações finais, com recomendações direcionadas à formulação de políticas públicas mais sensíveis às realidades locais e às especificidades das comunidades marginalizadas.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Analisar, com base em pesquisa documental bibliográfica, como as redes de apoio, a confiança comunitária e a cooperação social podem contribuir para a melhoria do acesso à saúde pública nesses territórios, tradicionalmente excluídos das políticas universais.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Descrever os principais desafios enfrentados por comunidades marginalizadas em áreas rurais remotas no acesso à saúde pública, com foco nas regiões de Tabajara e Estrela Azul, em Machadinho d'Oeste (RO);
- Caracterizar o conceito de capital social e sua aplicação no campo da saúde coletiva, com ênfase em populações vulneráveis;
- Identificar, na literatura científica, experiências e evidências sobre o impacto das redes de apoio comunitário, da confiança social e da cooperação mútua na promoção da equidade em saúde;
- Avaliar recomendações de políticas públicas que utilizam o capital social como ferramenta estratégica na redução das desigualdades sanitárias;
- Avaliar, com base nas evidências analisadas, subsídios teóricos que possam orientar gestores públicos na formulação de políticas mais sensíveis às especificidades socioculturais dessas comunidades.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Definição de Saúde segundo a OMS

A saúde, enquanto objeto de estudo e de políticas públicas, transcende a ausência de doenças. Desde 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “[...] *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” (OMS, 1946). Essa definição inovadora para a época ampliou o conceito biomédico tradicional, pautado apenas no diagnóstico e tratamento de doenças, e incorporou aspectos psicossociais e ambientais.

Sendo assim, apesar do idealismo desse conceito, especialmente no que se refere à sua aplicabilidade prática, ele continua sendo uma referência para formulação de políticas públicas em saúde e para a construção de modelos assistenciais que reconhecem a complexidade do processo saúde-doença (Marmot, 2005). Segundo Marmot, a saúde deve ser compreendida a partir de determinantes sociais, como renda, educação, moradia, trabalho e acesso à assistência médica.

No Brasil, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) também refletem essa visão ampliada de saúde, ao reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conforme previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Essa diretriz estabelece a necessidade de políticas públicas que promovam a equidade e o acesso universal aos serviços (Brasil, 1988).

Além disso, autores como Macinko e Starfield (2001) defendem que o conceito de saúde deve integrar dimensões individuais e coletivas, incluindo a organização dos sistemas de saúde, o capital social e a capacidade das comunidades em promover o bem-estar de seus membros. Nessa linha, Carpiano (2006) argumenta que redes sociais coesas são fundamentais para disseminar informações, fortalecer comportamentos preventivos e ampliar a adesão aos cuidados com a saúde, o que reafirma a importância das ações de saúde pública como campo estratégico de atuação estatal.

Por sua vez, Gentile de Mello (1977) destaca que a dicotomia entre medicina preventiva e curativa ainda é um obstáculo à universalização da saúde no Brasil. A histórica ênfase em serviços voltados às “necessidades sentidas” (curativas) em

destrimento das “necessidades não sentidas” (preventivas), mantém desigualdades no acesso e compromete a efetividade das políticas de saúde pública.

## 2.2 Evolução Histórica da Saúde Pública no Brasil

Segundo Paim (2008), a evolução da saúde pública brasileira pode ser dividida em três grandes fases: a higienista, predominante no final do século XIX e início do século XX; a medicina previdenciária, ligada aos direitos dos trabalhadores urbanos, com foco curativo; e a reforma sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988.

No artigo clássico de Vieira da Silva (1979), publicado na *Revista Brasileira de Educação Médica*, é ressaltado que o conceito de "direito à saúde" ultrapassa a simples oferta de serviços médicos, sendo um problema eminentemente político e social. O autor afirma que, ainda que a assistência médica tenha contribuído para avanços significativos na saúde das populações, os principais determinantes da elevação dos níveis de saúde foram medidas ambientais, como saneamento básico, melhoria da alimentação e da moradia, elementos que devem compor a estrutura de uma política pública eficiente (Vieira da Silva, 1979).

A institucionalização da saúde como um direito fundamental encontra respaldo na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1946, que afirma: “o gozo do mais alto nível possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano” (OMS, 1946, Preâmbulo). No Brasil, esse princípio foi incorporado de forma mais estruturada na Constituição de 1988, que, em seu artigo 196, determina: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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” (Brasil, 1988).

Vieira da Silva (1979) também discute a ineficiência do modelo assistencial centrado apenas na medicina curativa, indicando que a ampliação do acesso aos serviços de saúde deve considerar a diversidade regional, a pobreza e as desigualdades socioeconômicas. O autor afirma que o modelo ideal de atenção à saúde deveria conjugar aspectos preventivos, educativos, ambientais e comunitários, com a participação ativa da população e a integração entre os níveis de governo.

Nesse contexto, destaca-se a importância do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Ministério da Saúde, como tentativa de superar as desigualdades regionais e promover maior acesso aos serviços básicos de saúde nas regiões mais remotas do país (Vieira da Silva, 1979). Ainda assim, o autor reconhece os desafios estruturais, como a carência de recursos humanos, a má distribuição dos serviços e a resistência de certos setores profissionais às mudanças propostas.

Além disso, Illich (1976) critica a “medicalização” da saúde e argumenta que o modelo biomédico institucionalizado pode, em muitos casos, expropriar a autonomia das pessoas sobre seu próprio corpo e bem-estar. A saúde, portanto, deve ser compreendida em suas múltiplas dimensões biológica, psicológica, social e política e não apenas como ausência de doença.

A evolução da saúde pública no Brasil, portanto, revela-se como uma construção histórica marcada por tensões entre interesses econômicos, políticos e sociais, exigindo constante revisão das políticas públicas de saúde com vistas à promoção da equidade, justiça social e respeito à dignidade humana.

### **2.3 Princípios do SUS e a Universalização da Saúde**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Constituição Federal de 1988, representa uma das maiores conquistas sociais da história brasileira. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS consagra o direito à saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado (Brasil, 1988).

O princípio da universalidade garante que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de classe social, cor, credo ou local de residência. Essa diretriz rompe com o antigo modelo previdenciário e excludente, vigente até a década de 1980, no qual o acesso aos serviços estava condicionado à contribuição ao sistema de seguridade social (Paim, 2008). Já a integralidade remete à necessidade de um atendimento que considere todas as dimensões do processo saúde-doença, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 1990).

A equidade, por sua vez, implica no reconhecimento das desigualdades sociais, históricas e econômicas, e na aplicação de políticas que assegurem maior

atenção aos grupos mais vulneráveis, o que, segundo Paim (2008), significa tratar desigualmente os desiguais, na medida de suas necessidades.

No artigo clássico de Vieira da Silva (1979), o autor já alertava para os limites da abordagem que entende o “direito à saúde” como mera garantia de assistência médica. Ele defendia que o direito à saúde envolve a atuação do Estado sobre os determinantes sociais da saúde, como saneamento básico, alimentação, moradia e educação. Para o autor, restringir a política pública ao acesso aos serviços médicos é um equívoco técnico e político, pois ignora que boa parte da melhoria dos indicadores de saúde resulta de transformações estruturais e não apenas da medicina (Vieira da Silva, 1979).

Nesse contexto, a universalização da saúde proposta pelo SUS deve ser entendida como uma estratégia que visa superar as iniquidades sociais, ampliando o acesso, mas também a qualidade e a adequação cultural dos serviços prestados. A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946, Preâmbulo) já afirmava que *“o gozo do mais alto nível possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano”*. Assim, o SUS é parte de um movimento maior de reconhecimento da saúde como direito humano.

Para Illich (1976) reforça a crítica à medicalização excessiva, afirmando que o sistema de saúde deve promover a autonomia dos indivíduos e considerar a saúde como produto de relações sociais equilibradas e condições de vida dignas. Isso está de acordo com o que o SUS propõe ao valorizar a atenção primária, a promoção da saúde e a participação comunitária (Brasil, 2006).

Dessa forma, a universalização do acesso à saúde pelo SUS não se resume à simples ampliação da rede de atendimento, mas à efetivação de um sistema que atue com justiça social, respeitando os princípios constitucionais e os marcos da Reforma Sanitária. Para que esses princípios sejam aplicados de forma plena, é essencial garantir financiamento adequado, gestão participativa e controle social, conforme previsto na Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990).

Nesse sentido, a consolidação dos princípios do SUS exige não apenas vontade política, mas também um compromisso ético com a equidade e com a justiça social. Como destaca Escorel (1999), a construção do SUS representa uma ruptura com práticas excludentes do passado e impõe o desafio contínuo de democratizar o acesso à saúde em um país marcado por profundas desigualdades. Para Paim et al. (2011), a efetividade do sistema depende de ações intersetoriais e da integração das

políticas públicas, reconhecendo o território e os sujeitos sociais como protagonistas do cuidado. Assim, o fortalecimento do SUS como política universal requer o engajamento de gestores, profissionais e sociedade civil, para que os direitos constitucionais à saúde sejam efetivamente garantidos a todos os brasileiros, sobretudo aos mais vulnerabilizados.

#### **2.4 Desigualdades no Acesso à Saúde no Contexto Brasileiro**

As desigualdades no acesso à saúde no Brasil expressam as profundas disparidades sociais, econômicas e territoriais que atravessam o país. Apesar dos avanços trazidos com a criação do SUS, ainda é evidente a existência de barreiras que dificultam o atendimento equitativo, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Segundo Vieira da Silva (1979), o reconhecimento do direito à saúde não se traduz automaticamente em sua efetivação, sendo comum a distância entre a normatização do acesso universal e a realidade vivenciada pelas populações marginalizadas.

Portanto, “[...] o direito à saúde deve implicar a responsabilidade do Estado sobre todos os fatores que influenciam o nível de saúde dos cidadãos, e não apenas na oferta de assistência médica” (Vieira da Silva, 1979, p. 141).

As desigualdades se acentuam especialmente entre regiões geográficas e grupos sociais. A concentração de serviços de saúde de média e alta complexidade em centros urbanos, aliada à escassez de recursos humanos e infraestrutura em áreas rurais e periféricas, reforça o modelo historicamente excludente. A esse respeito, Paim (2008) afirma que o SUS “foi criado com a proposta de superar o modelo segmentado e excludente anterior, mas encontra-se tensionado entre a universalidade do acesso e a persistência de desigualdades estruturais”.

Segundo, Vieira da Silva (1979) já alertava para os limites do sistema de mercado na prestação de serviços de saúde, sobretudo em contextos de pobreza: “[...] a pobreza não pode justificar a falta de atenção médica adequada, e o reconhecimento dessa desigualdade impõe aos governos a obrigação de intervir afirmativamente” (VIEIRA DA SILVA, 1979, p. 144). Essa constatação permanece atual, evidenciada na dificuldade de prover cuidados em áreas remotas, onde a baixa densidade populacional e a ausência de infraestrutura tornam antieconômico o investimento privado, exigindo, portanto, forte atuação estatal.

Outro ponto de destaque é a fragmentação dos serviços. O modelo de atenção ainda centrado em procedimentos especializados e hospitalares compromete a integralidade do cuidado e dificulta a continuidade da atenção. Essa situação reflete uma “[...] *organização assistencial voltada ao mercado e não às necessidades reais da população*” (Vieira da Silva, 1979, p. 157).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1946), o acesso à saúde deve ser garantido “[...] *sem distinção de raça, religião, credo político e condição socioeconômica*”. Entretanto, no Brasil, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde, o acesso e a qualidade dos serviços variam significativamente entre brancos e negros, ricos e pobres, sulistas e nortistas (IBGE, 2020).

Além disso, Illich (1976) adverte que a medicalização excessiva desvia a atenção de determinantes estruturais da saúde como alimentação, moradia, saneamento e educação. Ele defende uma abordagem mais centrada no fortalecimento da autonomia e na organização comunitária para o enfrentamento das desigualdades em saúde.

Nesse sentido, é imprescindível compreender a saúde como um bem público e um direito humano, o que exige do Estado não apenas a provisão de serviços, mas políticas integradas e intersetoriais que enfrentem os determinantes sociais da saúde. A efetivação do direito à saúde exige, portanto, um compromisso político com a redistribuição de recursos, a descentralização das ações de saúde e a valorização da atenção básica como porta de entrada do sistema (Brasil, 1990).

### **3 METODOLOGIA**

A presente pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, de natureza documental, exploratória, voltada à análise teórica e reflexiva sobre o papel do capital social na promoção da saúde pública e na redução das desigualdades sanitárias em comunidades marginalizadas. A investigação concentrou-se na revisão de literatura nacional e internacional, com textos aderentes ao tema deste trabalho com destaque para produções acadêmicas que abordam os determinantes sociais da saúde, equidade em saúde, exclusão social e dinâmicas comunitárias em contextos rurais e vulneráveis, especialmente na região Norte do Brasil.

A escolha pela pesquisa bibliográfica justifica-se pela necessidade de consolidar e interpretar criticamente o conhecimento já produzido sobre o tema, sem

a realização de coleta de dados primários. Para tanto, foram consultadas fontes confiáveis como artigos científicos indexados em bases de dados como SciELO, PubMed, LILACS e Google Acadêmico, além de documentos institucionais de organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A seleção dos materiais foi orientada por critérios de relevância, atualidade e adequação ao tema proposto, priorizando publicações que discutem a aplicabilidade do conceito de capital social em contextos de vulnerabilidade. A análise dos textos seguiu uma leitura crítica e interpretativa, buscando identificar convergências teóricas, lacunas do conhecimento e recomendações práticas para gestores públicos e profissionais da saúde.

Com esse procedimento metodológico, buscou-se construir uma base sólida de evidências que permitisse não apenas compreender as interfaces entre capital social e saúde coletiva, mas também propor estratégias fundamentadas que possam contribuir para a formulação de políticas públicas mais sensíveis à realidade de comunidades como as das regiões de Tabajara e Estrela Azul, em Machadinho d'Oeste (RO).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas sessões abaixo serão discutidas e apresentadas à luz da literatura os conceitos que envolvem o tema proposto para este trabalho.

### 4.1 Determinantes sociais e desigualdades em saúde: o conceito de Determinantes Sociais da Saúde

A OMS, em seu relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, afirma que “[...] *as iniquidades em saúde são, em grande parte, evitáveis. Elas resultam das circunstâncias em que as pessoas vivem, das políticas e escolhas sociais que moldam essas condições de vida*” (World Health Organization, 2008).

Para Vieira da Silva (1979) reforça essa visão ao afirmar que o direito à saúde deve ser compreendido de forma ampliada, incorporando não apenas o acesso aos serviços médicos, mas também a atuação sobre os fatores determinantes da saúde. Para o autor, “[...] *há farta evidência de que uma parcela substancial da elevação do nível de saúde das populações deve-se a modificações ambientais como o saneamento básico, melhores condições de moradia e nutrição, mais do que à assistência médica*” (Vieira da Silva, 1979, p. 142).

A análise dos DSS destaca que as desigualdades em saúde não ocorrem por acaso ou por responsabilidade individual, mas são estruturadas pelas desigualdades sociais. De acordo com Marmot (2010) defende que a ação sobre os determinantes sociais exige a formulação de políticas públicas integradas e justas, visando a equidade e a justiça social. Segundo o autor, “[...] *reduzir as desigualdades em saúde é uma questão de justiça. Onde quer que a desigualdade em saúde exista, ela é injusta*” (Marmot, 2010, [p. 26](#)).

No contexto brasileiro, as disparidades regionais e socioeconômicas se refletem diretamente nos indicadores de saúde. A população pobre, negra e residente em áreas periféricas ou rurais enfrenta maiores dificuldades de acesso e piores condições de saúde. O relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) aponta que o enfrentamento das desigualdades em saúde deve priorizar ações intersetoriais e estratégias que combatam as iniquidades sociais.

Além disso, Illich (1976) questiona o modelo medicalocêntrico vigente, alertando para o risco da “expropriação da saúde” pelas instituições, ao negligenciar

a autonomia dos indivíduos e a importância dos determinantes sociais. Para ele, “[...] *as melhorias no estado de saúde não devem ser atribuídas exclusivamente à medicina, mas sim às transformações sociais amplas*” (Illich, 1976, p. 19).

Dessa forma, a abordagem dos DSS evidencia que a promoção da saúde demanda um olhar integral, que reconheça o papel estruturante das condições sociais na determinação dos níveis de saúde. Como reforça Vieira da Silva (1979), “[...] *promover saúde exige políticas públicas que atuem sobre a renda, a educação, a moradia e o saneamento, pois são esses os verdadeiros alicerces da saúde coletiva*” (p. 165). Assim, os determinantes sociais são fundamentais para compreender as desigualdades em saúde e direcionar políticas que visem a justiça social e o fortalecimento do direito à saúde no Brasil.

#### **4.2 Fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que afetam a saúde**

A saúde não pode ser compreendida apenas como ausência de doenças, mas sim como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa concepção amplia a análise do processo saúde-doença, reconhecendo o peso das condições de vida, trabalho, educação, renda, cultura e ambiente sobre o nível de saúde das populações (World Health Organization, 2008).

No contexto brasileiro, os fatores socioeconômicos exercem influência significativa sobre os níveis de saúde. Segundo, Vieira da Silva (1979) salienta que a maior parte da elevação dos níveis de saúde nas populações, ao longo do século XX, se deveu “[...] *a modificações ambientais como o saneamento básico, às melhores condições de moradia, à melhor nutrição, em suma, a outros fatores determinantes de saúde que não a assistência médica*” (VIEIRA DA SILVA, 1979, p. 143).

Essas condições materiais e sociais estão diretamente associadas à distribuição desigual de renda, escolaridade e oportunidades, o que leva a uma segmentação nos indicadores de saúde entre diferentes grupos sociais. Como destaca a Fundação Getúlio Vargas (1975), a renda familiar está fortemente associada à alimentação adequada, e, por consequência, à melhoria das condições de saúde. Da mesma forma, a ausência de saneamento básico e moradia digna está relacionada a elevadas taxas de mortalidade infantil e doenças infectocontagiosas.

Além disso, os aspectos culturais também interferem na percepção de saúde e na busca por cuidados. Barreiras culturais, preconceitos, práticas tradicionais e a linguagem são elementos que afetam o acesso e a qualidade dos serviços prestados, principalmente entre populações indígenas, quilombolas e migrantes (Brasil, 2008).

Do ponto de vista ambiental, o local de moradia e o entorno físico como exposição a resíduos, poluição, fontes de água contaminada e vetores são determinantes diretos de doenças. A exposição contínua a ambientes degradados, ausência de infraestrutura urbana e vulnerabilidades ambientais afetam sobremaneira os grupos marginalizados. Segundo Illich (1976), o foco excessivo na medicina de alta tecnologia e a negligência com os determinantes sociais e ambientais expropriam a saúde das comunidades, transferindo-a exclusivamente para o setor biomédico.

A relação entre esses fatores e a saúde é complexa, mas reconhecidamente estrutural. A OMS (2008) argumenta que o combate às desigualdades em saúde exige ações intersetoriais e políticas públicas que promovam justiça social e melhorem as condições básicas de vida. Sem isso, como destaca Vieira da Silva (1979), o “direito à saúde” permanece como ideal retórico, distante da realidade vivida por milhões de brasileiros em situação de pobreza e exclusão social.

#### **4.3 Grupos em Situação de Vulnerabilidade: Rurais, Étnicos e Periféricos**

No Brasil, o acesso desigual aos serviços de saúde expõe com clareza as vulnerabilidades enfrentadas por grupos específicos, como populações rurais, comunidades étnicas (indígenas e quilombolas), e moradores de áreas periféricas urbanas. Essas populações enfrentam barreiras estruturais, históricas e sociais que comprometem seu direito à saúde, constitucionalmente garantido (BRASIL, 1988).

Segundo Vieira da Silva (1979), mesmo diante do avanço das políticas públicas, “[...] a maior parcela da melhoria dos indicadores de saúde nas populações vulneráveis decorreu de melhorias nas condições de vida e não exclusivamente do acesso à assistência médica” (Vieira da Silva, 1979). Isso ressalta a importância dos determinantes sociais da saúde, como saneamento básico, alimentação, moradia e escolaridade, especialmente em territórios vulneráveis.

Populações rurais, por exemplo, ainda hoje enfrentam limitações no acesso geográfico aos serviços de saúde, escassez de profissionais e infraestrutura precária.

Como aponta o Ministério da Saúde (2008), “[...] *a distância, a baixa densidade populacional, a deficiência nos transportes e a escassez de profissionais dificultam o acesso contínuo aos serviços*” (Brasil, 2008, p. 18). A falta de políticas públicas territorializadas agrava a exclusão social e compromete a equidade no cuidado em saúde (Giovanella et al., 2015).

No caso das populações étnicas, o desafio se amplia com a invisibilidade estatística e o desrespeito à diversidade cultural nos serviços prestados. De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, os negros enfrentam piores indicadores de saúde e maior exposição a determinantes sociais negativos, como desemprego, violência urbana e discriminação institucional (Brasil, 2009). Já os povos indígenas sofrem com o desmonte da assistência diferenciada e com impactos ambientais que afetam diretamente sua saúde coletiva (Coimbra Jr. et al. 2013).

Os moradores das periferias urbanas, por sua vez, enfrentam uma combinação de fatores de risco, como violência, pobreza, poluição, ausência de saneamento, e serviços de saúde insuficientes ou mal distribuídos. Conforme Paim et al. (2011), “[...] *as desigualdades territoriais na distribuição de recursos e serviços de saúde refletem e reproduzem os padrões de exclusão social*” (PAIM et al. 2011, p. 1638). Isso cria um ciclo de adoecimento, desassistência e marginalização.

A Constituição Federal de 1988 estabelece, no artigo 196, que “[...] *a saúde é direito de todos e dever do Estado*” e que sua promoção deve ocorrer mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988).

Entretanto, como afirma o Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde, “[...] *é urgente fortalecer o SUS na perspectiva da equidade, garantindo o protagonismo dos territórios vulneráveis e a escuta qualificada dos seus moradores*” (Brasil, 2019). Portanto, superar as iniquidades em saúde demanda uma abordagem intersetorial, culturalmente sensível e baseada na justiça social. É fundamental reconhecer os sujeitos desses territórios não apenas como alvos de políticas, mas como protagonistas de sua saúde e vida comunitária.

#### 4.4 Capital social e seus impactos na saúde comunitária

O conceito de capital social tem sido amplamente debatido como uma variável determinante para a qualidade de vida e a saúde das comunidades. Segundo Bourdieu (1980), o capital social pode ser compreendido como “[...] *o conjunto dos recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de conhecimento e reconhecimento mútuos*” (Bourdieu, 1980, p. 2). Para o autor, esse capital funciona como um instrumento de manutenção das desigualdades sociais, já que está profundamente relacionado à reprodução das estruturas sociais de poder e dominação.

Por outro lado, Putnam (1996) apresenta uma abordagem mais funcionalista do capital social, ressaltando sua capacidade de promover a coesão social e fortalecer a democracia. Para ele, “[...] *comunidades com alto capital social tendem a ser mais saudáveis, mais seguras e economicamente mais prósperas*” (Putnam, 1996, p. 35). Nesse sentido, o capital social é entendido como fator de promoção de saúde coletiva ao favorecer práticas solidárias, participação cívica e controle social das políticas públicas.

Complementando essas abordagens, Kawachi e Berkman (2000) associam diretamente o capital social a indicadores de saúde pública, demonstrando que áreas com maior densidade de laços sociais, confiança interpessoal e participação cívica apresentam melhores índices de saúde e menor prevalência de doenças. Os autores afirmam que “[...] *a ausência de capital social pode resultar no isolamento social e na exclusão, o que impacta negativamente tanto a saúde mental quanto a física*” (Kawachi; Berkman, 2000, p. 178).

No contexto brasileiro, marcado por desigualdades estruturais profundas, especialmente em áreas rurais, periféricas e étnicas, o capital social adquire contornos particulares. Conforme destacado por Vieira da Silva (1979), “[...] *a maior parcela da melhoria dos indicadores de saúde nas populações vulneráveis decorreu de melhorias nas condições de vida e não exclusivamente do acesso à assistência médica*” (Vieira da Silva, 1979, p. 144). Isso reforça a tese de que políticas de saúde eficazes precisam incorporar estratégias que promovam a coesão comunitária, o fortalecimento das redes locais e a valorização dos saberes populares.

Contudo, estudos demonstram ainda que a construção de um sistema de saúde equitativo, como preconiza o SUS, deve considerar os territórios como espaços de vida e resistência, onde o capital social atua como elemento estruturante das ações comunitárias em saúde (Brasil, 2019). O fortalecimento das lideranças locais, a atuação dos agentes comunitários e a participação social nos Conselhos de Saúde são exemplos práticos de como o capital social pode ser operacionalizado para impactar positivamente os DSS.

#### **4.5 Capital Social como Promotor de Saúde e Bem-Estar nas Comunidades Rurais e Étnicas de Machadinho d'Oeste (RO)**

O conceito de capital social está diretamente relacionado à qualidade das relações sociais, ao grau de confiança, solidariedade e participação dos indivíduos em suas comunidades. No contexto das comunidades rurais e étnicas marginalizadas, como Tabajara e Estrela Azul, localizadas no município de Machadinho d'Oeste (RO), esse capital torna-se um recurso essencial para a promoção da saúde, da coesão comunitária e do bem-estar coletivo. De acordo com Putnam (2000), o capital social refere-se às “[...] características da organização social, tais como redes, normas e confiança social, que facilitam a coordenação e cooperação para benefício mútuo” (Putnam, 2000, p. 67).

Em áreas isoladas como Tabajara e Estrela Azul, onde o acesso ao Estado é limitado, essas redes de apoio se tornam fundamentais para a garantia de direitos sociais e o enfrentamento das vulnerabilidades socioeconômicas e sanitárias. Para Bourdieu (1986), por sua vez, analisa o capital social sob a ótica da reprodução das desigualdades, entendendo-o como o conjunto de recursos baseados em relações duráveis de conhecimento e reconhecimento mútuo. Nesse sentido, nas comunidades indígenas e quilombolas, o capital social também carrega as marcas de exclusão histórica, sendo necessário fortalecê-lo de forma crítica, considerando suas especificidades culturais e as lutas por autodeterminação.

Segundo Kawachi e Berkman (2000) ampliam a discussão ao associar o capital social a indicadores objetivos de saúde, afirmando que “[...] a baixa coesão social está ligada a maiores taxas de morbimortalidade, transtornos mentais e doenças crônicas” (Kawachi; Berkman, 2000, P 148). Essa abordagem é

especialmente relevante para o Norte do Brasil, onde há concentração de populações vulneráveis expostas a determinantes sociais desfavoráveis.

Vieira da Silva (1979), ao discutir o direito à saúde, destaca que melhorias nos indicadores de saúde em populações empobrecidas não estão relacionadas apenas ao acesso médico, mas às condições sociais de vida, como saneamento, alimentação e moradia. Segundo a autora, “[...] *a maior parcela da melhoria dos indicadores de saúde nas populações vulneráveis decorreu de melhorias nas condições de vida e não exclusivamente do acesso à assistência médica*” (Vieira da Silva, 1979, p. 144). Tal afirmativa é de extrema importância para pensar políticas públicas de saúde que fortaleçam os vínculos sociais e o protagonismo das comunidades rurais.

No caso de Machadinho d’Oeste, os obstáculos enfrentados por comunidades como Tabajara e Estrela Azul incluem o isolamento geográfico, a baixa cobertura de serviços públicos e a desvalorização dos saberes locais. Como destaca o Ministério da Saúde (2019), promover saúde em territórios vulneráveis exige o fortalecimento das redes sociais locais, a valorização das práticas culturais e o estímulo à participação popular nos conselhos e fóruns de controle social.

#### **4.6 Capital Social e Resultados em Saúde nas Comunidades Marginalizadas da Região Norte**

A relação entre capital social e os resultados em saúde tem se consolidado como um campo relevante nas ciências sociais aplicadas à saúde coletiva (Kawachi; Berkman, 2014; Macinko; Starfield, 2001), especialmente quando se trata de populações vulneráveis, como as comunidades indígenas, ribeirinhas e quilombolas da Amazônia Legal (Coimbra Jr. et al. 2013; Giovanella et al. 2021). Nas regiões de Tabajara e Estrela Azul, situadas em Machadinho d’Oeste (RO), essa discussão é ainda mais urgente diante do isolamento geográfico, da baixa cobertura dos serviços públicos e da ausência de políticas sensíveis à diversidade étnica e cultural.

O conceito de capital social refere-se aos recursos simbólicos e relacionais que emergem das interações sociais, como confiança, cooperação, reciprocidade e redes de apoio (BOURDIEU, 1986; PUTNAM, 2000). Em termos de saúde pública, esses elementos estão associados a comportamentos saudáveis, maior adesão a tratamentos, práticas preventivas e ao fortalecimento da resiliência coletiva frente às adversidades (Kawachi; Subramanian; Kim, 2008).

Segundo Kawachi e Berkman (2000), há fortes evidências empíricas de que níveis elevados de capital social estão positivamente associados a melhores indicadores de saúde, inclusive entre populações de baixa renda. Entre os efeitos verificados, destacam-se a redução da mortalidade por causas evitáveis, melhora na saúde mental e na percepção geral de bem-estar. Isso se dá, em parte, pela capacidade que essas redes sociais têm de facilitar o acesso à informação, ao cuidado informal e à mobilização por direitos.

Em uma revisão sistemática realizada por Moore et al. (2011), os autores identificaram uma associação significativa entre capital social comunitário e indicadores como autopercepção de saúde, saúde materno-infantil e controle de doenças crônicas. Essa revisão aponta que o capital social se mostra especialmente relevante em contextos de vulnerabilidade social, como é o caso das comunidades rurais remotas da região Norte do Brasil.

No Brasil, estudos como o de Szreter e Woolcock (2004) também destacam que as formas de capital social – sejam elas de ligação (*bonding*), de ponte (*bridging*) ou de articulação (*linking*) – desempenham papéis distintos na determinação dos resultados em saúde. Nas comunidades de Tabajara e Estrela Azul, essas formas coexistem: enquanto os laços internos fortalecem a identidade e o apoio mútuo, os laços externos são fundamentais para articular políticas públicas junto ao poder público.

Vieira da Silva (1979), em um estudo pioneiro sobre o direito à saúde no Brasil, já alertava para a importância dos fatores sociais – como coesão comunitária e acesso equitativo – como determinantes da saúde da população, especialmente entre os pobres. Ao afirmar que “[...] *o reconhecimento do direito à saúde exige atuação sobre todos os fatores que o determinam, inclusive os sociais*”, a autora antecipa a atual valorização do capital social nas abordagens integradas de saúde coletiva (Vieira da Silva, 1979, p. 141).

#### **4.7 Políticas Públicas e Estratégias de Intervenção com Base em Capital Social nas Regiões de Tabajara e Estrela Azul, Machadinho d’Oeste (RO)**

As comunidades marginalizadas das regiões de Tabajara e Estrela Azul, situadas em Machadinho d’Oeste (RO), enfrentam desafios históricos relacionados ao acesso equitativo à saúde, à justiça social e à implementação de políticas públicas

efetivas (Marmot, 2005; Paim, 2008). Tais regiões, caracterizadas por baixa densidade populacional, dificuldade de acesso e forte presença de minorias étnicas, demandam estratégias que priorizem o fortalecimento de redes sociais locais (Giovannella et al. 2021; Coimbra Jr. et al. 2013), promovendo a organização comunitária como instrumento de saúde coletiva (Bourdieu, 1980; Carpiano, 2006).

O capital social é compreendido como um conjunto de recursos acessados por meio de relações sociais e redes de confiança, cooperação e reciprocidade entre indivíduos e grupos (Putnam, 2000). Tais redes, ao fortalecerem laços comunitários, tornam-se potentes mecanismos de mobilização para a promoção da saúde e a implementação de políticas de base territorial.

Em consonância, Vieira da Silva (1979) reforça que a garantia ao direito à saúde ultrapassa a mera oferta de serviços assistenciais, sendo necessário atuar sobre determinantes sociais como a educação, a moradia, o saneamento e a organização comunitária. No caso das regiões do norte do país, historicamente negligenciadas, o incentivo à participação comunitária nas decisões de saúde se mostra essencial para garantir à população o reconhecimento e a defesa de seus direitos (Brasil, 1979).

Experiências exitosas de promoção da saúde por meio do capital social podem ser observadas no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Ministério da Saúde, que prevê a coparticipação responsável da comunidade nos serviços de saúde, com ênfase na atenção primária, na inclusão dos agentes comunitários e na valorização do saber local (Brasil, 1979).

De acordo com Szreter e Woolcock (2004), a articulação entre políticas públicas e capital social é fundamental para promover equidade. O fortalecimento das redes locais, aliado a um Estado presente e responsivo, pode melhorar significativamente os indicadores de saúde de populações vulneráveis. Tal abordagem é especialmente recomendada em territórios amazônicos, onde as políticas precisam ser interseccionais e adaptadas ao contexto socioambiental e étnico-cultural.

Assim, fomentar estratégias de intervenção baseadas em capital social, com foco em lideranças comunitárias, conselhos de saúde e práticas educativas participativas, é não apenas uma alternativa, mas uma necessidade para a promoção da equidade e da justiça social em Machadinho d'Oeste.

#### **4.8 Propostas Para Fortalecer O Capital Social Em Comunidades Vulneráveis**

A promoção do capital social em comunidades vulneráveis, como Tabajara e Estrela Azul em Machadinho d'Oeste, é essencial para o fortalecimento da coesão social, participação cidadã e desenvolvimento local. O conceito de capital social refere-se às redes de relações baseadas na confiança, normas de reciprocidade e engajamento cívico (Putnam, 2000).

Segundo Kawachi e Berkman (2000), altos níveis de capital social estão associados a melhores indicadores de saúde e à capacidade das comunidades de lidar com adversidades. Em territórios rurais e marcados pela marginalização histórica, como é o caso de algumas comunidades tradicionais e de minorias étnicas da região norte, a ativação do capital social pode ser facilitada por políticas públicas participativas, apoio à agricultura familiar, fortalecimento dos conselhos locais e incentivo à educação em direitos.

De acordo com Souza e D'Angelis (2021), a valorização dos saberes locais, a inclusão das comunidades na gestão territorial e o respeito à diversidade são elementos centrais para o fortalecimento do capital social e da autonomia comunitária. A intersetorialidade entre saúde, educação, assistência social e meio ambiente deve ser estruturada com base em diagnósticos participativos e no engajamento das lideranças locais.

Nesse sentido, a criação de consórcios intermunicipais e a atuação de agentes comunitários capacitados são caminhos viáveis para reduzir as iniquidades e fomentar um desenvolvimento territorial que respeite a diversidade cultural e ambiental da Amazônia Legal (Ferreira et al. 2022).

#### **4.9 Recomendações para Gestores Públicos**

A efetivação do direito à saúde em comunidades rurais remotas e em territórios de minorias étnicas, como as regiões de Tabajara e Estrela Azul em Machadinho d'Oeste (RO), exige dos gestores públicos o desenvolvimento de estratégias integradas e sensíveis às especificidades locais. Segundo Paim (2012), o SUS foi concebido para garantir a universalidade, equidade e integralidade, princípios estes

que só se materializam plenamente com a atuação responsiva e inclusiva dos entes federativos.

A literatura destaca que a implementação de políticas de saúde em territórios de alta vulnerabilidade demanda articulação intersetorial, participação social e adaptação dos serviços às condições sociais, econômicas e culturais da população (Giovannella et al. 2021). A organização comunitária e o fortalecimento do capital social têm se mostrado elementos-chave para a sustentabilidade das intervenções e a promoção do bem-estar coletivo (Putnam, 2000).

Recomendações práticas envolvem a adoção de um modelo de atenção primária que incorpore saberes tradicionais, promova a formação continuada de profissionais locais, e garanta acesso a insumos e à tecnologia adequada à realidade amazônica. Conforme Campos e Domitti (2007), é imprescindível investir em processos de cogestão e na valorização dos vínculos entre os profissionais de saúde e os moradores. A utilização de indicadores territoriais e o mapeamento de determinantes sociais também devem subsidiar o planejamento de ações (Dahlgren; Whitehead, 1991).

No contexto das regiões mencionadas, onde predomina uma população de extrativistas, pequenos agricultores e comunidades indígenas, as recomendações apontam para a necessidade de uma governança participativa, capaz de integrar a atuação de conselhos locais de saúde, lideranças comunitárias e representantes dos povos tradicionais. A promoção da equidade exige que o gestor reconheça as barreiras estruturais enfrentadas por esses grupos, como o isolamento geográfico, a baixa densidade assistencial e as condições precárias de saneamento e transporte (Ecorel, 1999).

Ademais, conforme argumenta Vieira-da-Silva (2018), a produção do cuidado em territórios vulneráveis deve considerar o direito à saúde como um direito político e social, exigindo a ação ativa dos gestores públicos para garantir condições mínimas de dignidade e cidadania. Como destaca a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o acesso à saúde é indivisível dos demais direitos sociais, devendo ser protegido por políticas redistributivas e de justiça social.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão bibliográfica, constatou-se que elementos como redes de apoio, confiança mútua e participação comunitária possuem um papel relevante na construção de ambientes mais favoráveis ao cuidado coletivo e ao acesso à saúde, mesmo em contextos marcados por isolamento geográfico e exclusão social.

Embora as evidências apontem para os benefícios do capital social na melhoria dos desfechos em saúde, observou-se a carência de estudos específicos sobre sua aplicabilidade em territórios rurais da Amazônia Legal, onde a realidade sociocultural exige abordagens mais sensíveis e contextualizadas. A principal contribuição deste estudo está em destacar a importância de considerar as dinâmicas locais e os saberes comunitários na formulação de políticas públicas que visem à equidade sanitária.

Sugere-se que o uso de dados primários poderiam contribuir para a validação prática das análises teóricas. Como sugestão, propõe-se o aprofundamento da temática por meio de pesquisas de campo com enfoque participativo, que incluam lideranças comunitárias e profissionais de saúde locais. Diante dos desafios enfrentados por populações historicamente invisibilizadas, fortalecer o capital social pode representar uma estratégia promissora para transformar realidades e garantir o direito à saúde de forma mais equitativa e sustentável.

Diante disso, reforça-se que a promoção da equidade em saúde requer não apenas o acesso universal aos serviços, mas também o reconhecimento e fortalecimento das capacidades comunitárias, a valorização do saber local e a articulação entre diferentes níveis de políticas públicas. Como apontam Kawachi e Berkman (2014), o capital social, quando cultivado de forma consciente e participativa, contribui para a construção de comunidades mais resilientes, coesas e saudáveis. De forma semelhante, Paim (2008) enfatiza que o SUS só será verdadeiramente efetivo se articular seus princípios à realidade dos territórios, respeitando suas singularidades e promovendo justiça social. Assim, espera-se que este trabalho possa inspirar novas reflexões, pesquisas e práticas voltadas à transformação dos territórios vulneráveis em espaços de cidadania plena e bem-estar coletivo.

Contudo, reforça-se que o capital social não deve ser visto apenas como um conceito abstrato, mas como um recurso concreto e transformador capaz de mediar

relações sociais, promover inclusão e fortalecer o protagonismo comunitário na gestão do cuidado em saúde. Ao reconhecer a potência das redes sociais locais e investir em estratégias de base territorial, os gestores públicos têm a oportunidade de construir políticas mais efetivas, sensíveis às singularidades culturais e comprometidas com a equidade. Assim, espera-se que esta monografia contribua para o aprofundamento das discussões sobre saúde coletiva em contextos rurais marginalizados e inspire ações intersetoriais que promovam justiça social e garantam o pleno exercício do direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

BOURDIEU, Pierre. **Le capital social: notes provisoires. Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, Paris, v. 31, p. 2–3, 1980.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

CARPIANO, Richard M. **Rumo a uma teoria do capital social baseada em recursos do bairro para a saúde: pode Bourdieu e a sociologia ajudar?** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 845–857, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CRBhxKPSb7XhVztfxhVfx9G>. Acesso em: 08 maio 2025.

COIMBRA JR., Carlos E. A. *et al.* **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 55–94.

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 8 maio 2025.

GENTILE DE MELLO, A. **O direito à saúde: um problema de administração e de política**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 3, n. 3, p. 155–177, set./dez. 1979.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* **A coordenação do cuidado e o papel da atenção primária à saúde na região amazônica: desafios e perspectivas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2065–2078, 2021.

HARPHAM, Trudy; GRANT, Emma; THOMAS, Elizabeth. **Medindo o capital social em pesquisas de saúde: questões-chave**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 529–537, 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/ZM6hKtZNLXYGpbjPVVmRsdR>. Acesso em: 08 maio 2025.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.

KAWACHI, Ichiro; BERKMAN, Lisa F. (org.). **Epidemiologia social**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara. **A utilidade do capital social na pesquisa sobre determinantes de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 393–403, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LvkjpnsvVHFYrHwskXJg3bB>. Acesso em: 08 maio 2025.

MARMOT, Michael. **Determinantes sociais das desigualdades em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARMOT, Michael. **Fair society, healthy lives: the Marmot review**. London: The Marmot Review, 2010.

MOORE, Spencer et al. **Populations, health and social capital: integrating the evidence**. *Social Science & Medicine*, London, v. 72, n. 5, p. 626–633, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 8 maio 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78–79, p. 27–37, 2008.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

ROUX, Ana V. Diez. **Investigando os efeitos de vizinhança e área na saúde**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 23–37, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/yL4zBjz4LHzk5fHFmRXPSrh>. Acesso em: 08 maio 2025.

VIEIRA DA SILVA, Ligia M. V. **O direito à saúde: um problema de administração e de política**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 3, n. 3, p. 155–177, set./dez. 1979.