

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**DANIELLE DE OLIVEIRA NOGUEIRA**

**DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:  
contribuições para o debate**

**FRANCA**

**2017**

**DANIELLE DE OLIVEIRA NOGUEIRA**

**DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:  
contribuições para o debate**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Fernanda de Oliveira Sarreta

**FRANCA**

**2017**

Nogueira, Danielle de Oliveira.

Determinação social da saúde e serviço social : contribuições para o debate / Danielle de Oliveira Nogueira. – Franca : [s.n.], 2017.

95 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta

1. Serviço social. 2. Saúde pública. 3. Medicina social.

I. Título.

CDD – 361

**DANIELLE DE OLIVEIRA NOGUEIRA**

**DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:  
contribuições para o debate**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

**BANCA EXAMINADORA**

**Presidente:** \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta**

**1º Examinador:** \_\_\_\_\_

**2º Examinador:** \_\_\_\_\_

**Franca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.**

*Dedico este estudo aos Assistentes Sociais  
comprometidos com a classe trabalhadora e  
que lutam cotidianamente por uma sociedade  
livre.*

## AGRADECIMENTOS

A decisão de iniciar os estudos no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP-Franca, teve como motivação inicial a busca por permanecer no contexto acadêmico iniciado na graduação, pois ali se configuraram experiências profundas de reflexão e conhecimento que promoveram em mim muito mais que uma formação profissional, e me direcionaram a uma nova forma de olhar o mundo.

O desejo de dar continuidade a essa formação humana e profissional foi consolidado, os dois últimos anos foram marcados por momentos de aprendizagem e muitas lutas, e apesar de todo sofrimento relacionado ao esforço teórico envolvido neste estudo, percebo que este processo tem me levado a superar meus próprios limites. Neste percurso, não estive sozinha, pude contar com pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão deste trabalho, e a elas, com profunda gratidão, agradeço.

À minha orientadora, Fernanda, pela compreensão diante das mudanças pelas quais passei nesses dois anos, e que conseqüentemente tiveram impacto no percurso da construção da dissertação. Por toda dedicação durante as orientações e correções, e por me incentivar a acreditar na relevância do tema deste estudo.

À minha banca de qualificação, composta pelas Professoras Kathleen Vasconcelos e Cirlene Hilário. Por meio das contribuições trazidas, foi possível, além de reestruturar o projeto de pesquisa, ampliar minha motivação na construção deste trabalho.

À Professora Cirlene Hilário, enquanto Coordenadora do Programa de Pós-Graduação, pelo acolhimento diante dos desafios pelos quais passei durante o percurso do Mestrado, e por ter sido sempre sensível às minhas solicitações.

À categoria profissional dos Assistentes Sociais pela união na luta diária rumo à efetivação de uma prática coerente com as demandas da classe trabalhadora.

Ao meu marido, Gabriel, por tornar meu mundo cheio de sentido, pelas horas dedicadas a me acompanhar durante a realização deste estudo. Por renovar minhas forças quando o medo me invadiu diante dos desafios encontrados. E por caminhar comigo rumo ao matrimônio, e a construção da nossa família.

À minha mãe, Ana, por me transmitir a alegria e segurança de ser amada, e assim trilhar mais confiante os caminhos da vida.

Ao meu pai, Valdir, por tantas reflexões realizadas durante um bom papo, que me levaram ansiar o crescimento pessoal, e a buscar ser o melhor que eu puder em tudo que fizer.

Às minhas irmãs, Bruna e Caroline, vulgo Tata e Pituca, por serem meu conforto em todos os momentos, e por despertarem em mim a alegria mais genuína.

Às minhas amigas, Sté e Danusa, por ouvirem minhas lamentações durante todos esses anos, pelos conselhos e incentivos que me levaram a diante.

Às minhas companheiras de trabalho, Haline, Paty e Jaque, por todas as risadas que quebraram a ansiedade pela qual passei nesses últimos meses.

E, acima de tudo, presto minha eterna gratidão a Deus, por me presentear todos os dias com o dom da vida, por ser minha fonte de alegria e força na tempestade, por me inspirar a trilhar os caminhos que Ele sonhou para mim.

NOGUEIRA, Danielle de Oliveira. **Determinação social da saúde e Serviço Social: contribuições para o debate.** 2017 95 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2017.

## RESUMO

Trata-se de um estudo sobre a importância do debate acerca do conceito da Determinação Social da Saúde no Serviço Social e das estreitas relações entre o projeto político profissional desta categoria, e o projeto político ideológico que orienta a Determinação Social da Saúde. A pesquisa retoma as concepções da Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-americana, responsáveis pela construção do conceito da Determinação Social da Saúde, resgatando seu fundamento teórico e enfatizando seu caráter político e ideológico. Teve como objetivo geral analisar o conceito da determinação social da saúde visando descobrir as potencialidades de sua apropriação pelo Serviço Social. E, como objetivos específicos: refletir a determinação social da saúde a luz das perspectivas teóricas da MS e SCL; e realizar um diálogo entre a saúde e a questão social através do conceito da determinação social da saúde. A metodologia adotada consiste em uma investigação teórica de obras sobre Determinantes e Determinação Social da Saúde, e do Serviço Social no âmbito da saúde. O estudo pretende contribuir para discussão deste debate no interior do Serviço Social, e instrumentalizar o discurso da categoria rumo à defesa da saúde coerente com os direcionamentos éticos e políticos da profissão.

**Palavras-chave:** Serviço Social. determinação social da saúde. saúde coletiva. medicina social latino-americana.



NOGUEIRA, Danielle de Oliveira. **Social determination of health and Social Work: contributions to the debate.** 2017 95 f. Dissertation (Master of Social Work) – School of Humanities and Social Sciences, São Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2017.

### **ABSTRACT**

This is a study about the importance of the discussion concerning the concept of Social Determination of Health in Social Work and the strait relations between professional political project of this category, with the ideological political project that guides the Social Determination of Health. That work resume conceptions of Social Medicine and Collective Health in Latin America and rescue the theoretical foundation, emphasizing its political and ideological feature. The research aims to analyze the concept of social determination of health in order to discover the Potential of their appropriation by Social Work. Moreover, had as specific objectives: to reflect the social determination of health according to the theoretical perspectives of MS and SCL, and conduct a dialogue between health and the social issue through the concept of social determination of health. The methodology chosen is a bibliographical and documentary review of the works on Determinants and Social Determination of Health. This study aims to contribute to the insertion of this discussion within the Social Work, and instrumentalize the speech of the category towards a health defense consistent with the directions ethical and political aspects of the profession.

**Keywords:** Social Work. social determination of health. collective health. latin american social medicine.

## LISTA DE SIGLAS

ALAMES	Associação Latino-americana de Medicina Social
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CDSS	Comissão Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MP	Medicina Preventiva
MS	Medicina Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil Pública
PIB	Produto Interno Bruto
QUAVISSS	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SCL	Saúde Coletiva Latino-americana
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Textos que direcionaram a investigação.....</b>	<b>20</b>
<b>Quadro 2 - Tendência da prática médica ao longo da história.....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 3 - Concepções antagônicas do processo saúde-doença .....</b>	<b>32</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE: comparações entre México, Cuba e Estados Unidos.....</b>	<b>37</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Determinantes Sociais de Saúde e Iniquidades em Saúde .....</b>	<b>42</b>
-------------------------------------------------------------------------------	-----------

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: para além de um conceito .....</b>	<b>22</b>
<b>1.1 Processo saúde-doença: percurso histórico.....</b>	<b>24</b>
<b>1.2 Saúde e Questão Social: o diálogo através da Determinação Social da Saúde .....</b>	<b>33</b>
<b>1.3 Determinantes Sociais da Saúde: análise crítica .....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 2 AS PARTICULARIDADES DO CONTINENTE LATINO AMERICANO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>47</b>
<b>2.1 O desenvolvimento das Políticas Sociais na América Latina .....</b>	<b>49</b>
<b>2.2 A história da Política de Saúde no Brasil.....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL .....</b>	<b>65</b>
<b>3.1 Questão Social e Determinação Social da Saúde.....</b>	<b>67</b>
<b>3.2 Desafios do Serviço Social na Saúde.....</b>	<b>76</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>87</b>

## **INTRODUÇÃO**

O presente estudo buscou evidenciar as convergências entre o modelo conceitual da determinação social da saúde e o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social. E através desta análise contribuir para articulação deste debate no interior da categoria profissional dos assistentes sociais visando auxiliar o fortalecimento da luta pela efetivação da saúde e o combate às desigualdades presentes no acesso a atenção universal e integral.

A aproximação com o tema em tela iniciou-se na graduação, especificamente no âmbito do estágio supervisionado, quando houve o primeiro contato da autora com o campo da saúde e todo arsenal de contradições que o compõe. A vivência no campo de estágio desencadeou o processo de investigação científica que culminou no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: debate fundamental no Serviço Social para efetivação do direito à saúde” (NOGUEIRA, 2014).

Após a elaboração do estudo referido, iniciou-se o processo de construção do projeto de pesquisa para investigação no Mestrado, tendo como intenção permanecer com a investigação da Determinação Social da Saúde, visto a importância do debate evidenciada através dos estudos realizados até então. A princípio houve a intenção de realizar uma pesquisa bibliográfica visando analisar os estudos realizados pelo Serviço Social acerca deste tema, no entanto, mediante a escassez de materiais relacionados à temática no âmbito do Serviço Social, evidenciada por meio de busca no banco de dados da Comissão de Aprimoramento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e Anais dos eventos: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) e do Congresso Nacional do Serviço Social na Saúde (CONASSS), e a partir das valiosas contribuições apresentadas pelos docentes na de Qualificação, a direção da pesquisa passou por alterações e optou-se pela realização de um estudo que trouxesse um aprofundamento teórico acerca da Determinação Social da Saúde e sua relação com Serviço Social, visando contribuir para apropriação e incorporação deste conceito nas produções e no exercício profissional da categoria.

As dificuldades encontradas durante a construção do estudo consistiram na ausência de produções acerca deste objeto pelo Serviço Social, o que, no início, dificultou uma apropriação teórica profunda acerca do tema. Como já mencionado, a busca por materiais relacionados ao tema da determinação social da saúde, resultou na evidencia de que o tema não tem sido diretamente debatido pela categoria em



suas produções, no entanto, a dimensão crítica da profissão se revela por meio do debate de temas também relevantes na defesa do direito à saúde.

Apesar de raras, algumas produções do Serviço Social sobre o tema alvo desse estudo foram encontradas, e direcionaram o encontro dos autores pioneiros sobre o debate da determinação social da saúde, os quais não se encontram no interior do Serviço Social, mas se concentram no campo da saúde coletiva. Os subsídios da Banca de Qualificação também foram fundamentais para localização dos autores expoentes do debate acerca do objeto deste estudo. Ressalta-se a importante contribuição encontrada na Dissertação de Mestrado de Moreira (2013) intitulada “Determinação Social da Saúde: fundamento teórico-conceitual da Reforma Sanitária Brasileira”, pois através desta obra foi possível a aproximação com outros autores fundamentais para a articulação deste debate. A ausência do debate sobre o social no processo saúde-doença é superada devido às insuficiências encontradas no âmbito teórico das explicações centradas no modelo biomédico. Esse processo de abertura aos aspectos sociais acontece através de várias fases, que serão discutidas no presente estudo.

Em âmbito nacional a abertura ao debate e incorporação do social na configuração do processo saúde-doença está materializada Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando no Art. 3º o conceito ampliado de saúde, reconhecendo seus aspectos sociais:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990).

O conceito ampliado de saúde é produto da incorporação da dimensão social na compreensão da saúde, o qual foi amplamente debatido e defendido no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

O debate acerca do conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ganhou ênfase pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em um contexto de evidência sobre a insuficiência do modelo médico central para a compreensão e

combate às iniquidades em saúde. Cabe ressaltar que a Declaração de Alma<sup>1</sup>, publicada em 1978 já trazia elementos importantes nessa direção.

Em 2005 é criada a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), responsável por fomentar o debate e nortear as nações a trabalharem nesta perspectiva. Seguindo o redirecionamento da OMS, o Brasil cria em 2006 a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com a finalidade de produzir conhecimentos e informações da relação entre determinantes sociais e a situação de saúde da população e, ainda, promover, subsidiar e avaliar políticas e programas direcionados à saúde.

Em síntese, o modelo dos DSS busca evidenciar a influência das iniquidades sociais sobre as desigualdades nos níveis de saúde no interior das nações e entre as nações (BREILH, 2008). Através das evidências dessa influência do social na saúde, a proposta para combater as chamadas iniquidades se circunscreve ao campo das mudanças políticas macroeconômicas, sociais e públicas. Esta corrente teórica acredita que tais mudanças podem ocorrer no campo da governabilidade das nações, e que através desses direcionamentos poderia se gerar a esperada equidade nos níveis de saúde.

No entanto, bem antes do debate acerca do conceito da DSS ser evidenciado pela OMS, a Medicina Social (MS) e Saúde Coletiva Latino Americana (SCL) já articulavam estudos que relacionavam a dimensão social com a discussão sobre saúde, através do conceito da Determinação Social da Saúde, pautado em um pensamento crítico de análise da realidade.

Apesar do debate nesse sentido ter se iniciado através da MS e SCL, a CMDSS criada em 2005 não reconhece a contribuição de mais de 30 anos dos estudos latino-americanos sobre a Determinação Social da Saúde (BREILH, 2011).

A vertente divulgada pela MS e SCL possui o referencial teórico pautado na tradição marxista para a compreensão da realidade e para a construção da concepção da saúde que, de acordo com esta teoria, deve ser analisada a partir das formas de organização da vida social, com base no trabalho e na reprodução social.

---

<sup>1</sup> A I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde, no ano de 1978 em Alma Ata (BRASIL, 2002), propôs como meta “Saúde para todos no ano 2000”, sob a perspectiva da saúde enquanto direito humano fundamental, devendo ser assegurado pelos governos através de medidas sanitárias e sociais. Resultou na Declaração de Alma-Ata (1978), documento que se posiciona diante das desigualdades nos níveis de saúde das populações, classificando como inaceitáveis as desigualdades presentes entre países ricos e pobres.

Essa corrente, segundo Teixeira (1989, p. 22), “[...] busca apreender as determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho” e relacioná-las com as condições de vida e de saúde das populações. Preocupa-se, sobretudo, em propor modificações na organização social da produção, por entender que esta determina as condições de vida da sociedade.

A perspectiva da determinação social da saúde vincula-se ao referencial marxista, e revela que essa densidade teórica crítica faz com que a mesma não se circunscreva apenas ao âmbito do setor saúde. Trata-se da permanente contradição entre os interesses do capital e as reais necessidades da classe trabalhadora. Portanto, os pressupostos que motivaram a realização desta pesquisa, vinculam-se à pretensão de fomentar este debate no âmbito do Serviço Social, e evidenciá-lo enquanto possível estratégia no fortalecimento da direção pela efetivação de uma concepção realmente ampliada de saúde.

O Capítulo 1 recebeu o título “Determinação social da saúde: para além de um conceito”, e se subdivide em dois itens, o primeiro se propõe a debater como o processo saúde-doença é explicado em cada período histórico, tendo por base os marcos da sociedade capitalista. Observou-se que em cada época essas explicações serviram à manutenção do modo de produção capitalista de alguma maneira, portanto, não passaram por uma evolução linear, mas foram transformadas a partir das contradições presentes na sociedade, dadas através das necessidades do capital e das reivindicações postas pela classe trabalhadora. No segundo item, seguindo a evidência dessa contradição, própria deste modo de sociabilidade, buscou-se realizar um diálogo entre a saúde e a questão social através de uma aproximação do conceito da determinação social da saúde. O título proposto possui a intenção de demonstrar que durante a pesquisa o objeto de estudo superou a noção de ser apenas mais um conceito para se explicar o processo saúde-doença, pois trouxe consigo a capacidade de retratar este processo enquanto produto criado pela forma como os homens se organizam em sociedade, trazendo ao debate da saúde uma dimensão transformadora.

O Capítulo 2 intitulado “As Particularidades do Continente Latino Americano e a Política De Saúde no Brasil” objetivou contemplar a discussão acerca da forma tardia e peculiar em que a América latina se insere ao capitalismo, e quais as marcas que este fenômeno trouxe às nações que compõe este continente. Decidiu-se construir o primeiro item na perspectiva de que a compreensão crítica do processo saúde-

doença pressupõe uma análise fiel da realidade, reconhecendo-se que para se compreender as problemáticas presentes na contemporaneidade é imprescindível o resgate histórico e crítico dos processos que a conformaram. No segundo item, procurou-se fazer uma breve retomada histórica de como a saúde se configurou na sociedade brasileira, evidenciando os avanços alcançados através das garantias legais do acesso à saúde e os desafios colocados através das ameaças trazidas pelo projeto neoliberal.

O Capítulo 3 se propõe a debater as convergências entre a determinação social da saúde e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. O primeiro item busca analisar e demonstrar a questão social enquanto objeto de trabalho da categoria profissional dos assistentes sociais e como fundamento teórico do conceito da determinação social da saúde. E através dessa discussão evidenciar as similaridades encontradas no que tange ao referencial teórico adotado por ambos e as propostas que têm como horizonte a superação do modo de organização pautado no capitalismo. O segundo item evidencia os desafios do Serviço Social na saúde mediante as requisições do projeto privatista e o ranço conservador ainda presente no exercício profissional, e pretende apontar para as possibilidades de fortalecimento do discurso a favor do projeto original da RSB através da apropriação do conceito da determinação social da saúde.

Nas Considerações finais foram apresentados os elementos centrais identificados no decorrer da pesquisa que correspondem ao pressuposto inicial do estudo, que se configura na potencialidade encontrada no conceito da determinação social da saúde enquanto elemento capaz de fortalecer a articulação do Serviço Social rumo a uma apropriação do processo saúde-doença, mais crítica e mais coerente com seus fundamentos éticos e políticos. A apropriação do conceito, objeto deste estudo, instrumentaliza o assistente social na proposição de discussões que realmente alcancem o cerne da problemática da saúde e fortalece o compromisso com o Projeto Ético-Político Profissional através de uma atuação coerente, que busca apreender a questão social expressa na vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico crítica (CFESS, 2010), a qual fundamenta a resistência diante das tendências neoliberais que se apresentam à saúde da realidade brasileira.

O tema do presente estudo se configura na apropriação da teoria da determinação social da saúde enquanto conceito fundamental para o debate do

Serviço Social na saúde. Formulou-se como questão norteadora a seguinte indagação: Quais as possíveis contribuições que o conceito da determinação social da saúde pode trazer para a formação do pensamento crítico do Serviço Social acerca do processo saúde-doença, em direção a uma construção coerente com os fundamentos éticos e políticos da profissão?

A pesquisa possui como objetivo geral analisar o conceito da determinação social da saúde visando descobrir as potencialidades de sua apropriação pelo Serviço Social. E, como objetivos específicos: refletir a determinação social da saúde à luz das perspectivas teóricas da Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-Americana e; realizar um diálogo entre a saúde e a questão social através do conceito da determinação social da saúde.

Segundo Breilh (1991) o ponto de vista de qualquer investigador é dotado de uma perspectiva social que irá embasar a escolha do seu objeto de trabalho, direcionando sob quais questões o pesquisador irá se debruçar, portanto:

Todo investigador assume necessariamente um determinado ponto de vista, expresso nos fundamentos teóricos de seu marco referencial, na construção de suas hipóteses e ainda no conteúdo e na forma de seu plano de relacionamento com o fenômeno real que lhe interessa. (BREILH, 1991, p. 44).

Em qualquer investigação não existe neutralidade, no entanto, o estudo aqui proposto é permeado por intencionalidades construídas a partir das vivências da investigadora, que fazem parte do processo de construção do conhecimento que culminaram em indagações e pressupostos sobre a realidade e que se materializam neste estudo.

O campo da saúde é permeado por teorias que disputam pela hegemonia do pensamento acerca do processo saúde-doença. A percepção de que conceitos aparentemente progressistas e coerentes às perspectivas da categoria profissional do Serviço Social assumiam, na verdade, uma funcionalidade para manutenção do modo de sociabilidade vigente, motivou a busca e a investigação de um conceito que não negasse a contradição inerente a esse modo de produção. E que buscasse superar de fato o campo das aparências e se aproximar do movimento da realidade. O conceito da determinação social da saúde alcançou tal expectativa.

O ato de pesquisar é dimensão constitutiva do Serviço Social, a profissão é chamada a intervir diretamente na realidade, para tanto, pressupõe-se a

necessidade de um diagnóstico da mesma, caso contrário esta ação arrisca-se a cair na irrelevância.

A pesquisa assume, assim, um papel decisivo na conquista de um estatuto acadêmico que possibilita aliar formação com capacitação, condições indispensáveis tanto a uma intervenção profissional qualificada, quanto à ampliação do patrimônio intelectual e bibliográfico da profissão, que vem sendo produzido especialmente, mas não exclusivamente, no âmbito da pós-graduação stricto sensu. (GUERRA, 2009, p.1).

Atualmente, o Serviço Social enquanto categoria profissional tem recorrido amplamente às obras de Marx, na medida em que as mesmas oferecem elementos, a partir dos quais se pode considerar a sociedade e analisá-la através de uma perspectiva crítica. De fato, um aspecto essencial da perspectiva marxiana consiste em sua capacidade de compreender e explicitar o funcionamento da sociedade capitalista. Portanto, o estudo adotou o método dialético-crítico referenciado no materialismo histórico (TRIVIÑOS, 1987).

O estudo desenvolvido organizou-se mediante investigação teórica de materiais relacionados ao tema alvo de estudo. A bibliografia selecionada foi composta por obras de autores reconhecidos no campo da Saúde Coletiva, da Política Social, bem como por autores reconhecidos no campo do Serviço Social e do Serviço Social na Saúde. As leituras das obras, legislações e documentos contribuíram para aproximação e aprofundamento na análise dos marcos históricos e legais da política de saúde.

#### QUADRO 1 – TEXTOS QUE DIRECIONARAM A INVESTIGAÇÃO

Obras	Autoria
Epidemiologia: economia, política e saúde.	BREILH, J.
Uma Perspectiva Emancipadora da Pesquisa e da Ação Baseadas na Determinação Social da Saúde.	BREILH, J.
A saúde-doença como processo social.	LAURELL, A.C.
Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário	NOGUEIRA, V. M.R.

Obras	Autoria
O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e	AROUCA, S.

crítica da medicina preventiva.	
Conferência: Democracia é Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.	AROUCA, S.
Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira	MOREIRA, M. C.
Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.	BRAVO, M. I. S; MATOS, M.C

**Fonte:** Elaborado por Danielle de Oliveira Nogueira.

Este estudo insere-se nos pressupostos do método qualitativo de investigação, uma vez que visou compreender concepções e conceitos relacionados ao objeto de estudo.

A abordagem qualitativa:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2006, p. 57).

A autora ainda enfatiza que este método proporciona a descoberta de processos sociais ainda pouco conhecidos, e direciona a revisão de conceitos sobre o fenômeno estudado. Por essas características, a abordagem qualitativa desvelou-se pertinente a proposta do estudo.

O compromisso da pesquisadora em divulgar os resultados deste estudo, está expresso desde a elaboração do projeto de pesquisa. Evidenciando-se que a contribuição será para ampliar o debate sobre a determinação social da saúde, no Serviço Social e áreas afins. Este caminho é um exercício permanente com a participação no grupo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Política de Saúde e Serviço Social<sup>2</sup> (QUAVISSS), da Faculdade “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Campus Franca, onde a pesquisadora participa desde 2013.

<sup>2</sup> O espaço do grupo QUAVISSS é organizado para fomentar o debate entre estudantes da graduação e Pós-graduação em Serviço Social, pesquisadores das Ciências Sociais, trabalhadores da saúde e doutores de outros Centros Universitários.

## **CAPÍTULO 1 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: para além de um conceito**



“[...] as causas das doenças não são entidades estáticas que se podem abstrair formalmente, mas que têm que ser interpretadas como parte do movimento global da vida social, e para poder transformá-las é preciso compreender as leis desse movimento social global [...]”.

(Jaime Breilh).

## 1.1 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: percurso histórico

Para se compreender a atual configuração das concepções do processo saúde-doença se faz necessária a realização de uma revisão histórica que perpassasse os modelos explicativos adotados nos marcos da sociedade capitalista, e que conformaram o modelo hegemônico e contra-hegemônico de conceber este processo.

Por esse motivo, tomou-se como ponto de partida deste estudo o esquema apresentado por Breilh (1991), no qual é possível analisar as tendências mais importantes da epidemiologia correlacionadas às grandes etapas do capitalismo.

**Quadro 2 – Tendência da prática médica ao longo da história**

PERÍODOS (ANOS)*	PROCESSO GERAL	TENDÊNCIAS DAPRÁTICA MÉDICA
<b>Absolutismo</b>		
Transição séculos XIV e XV	Crise maior do feudalismo; Consolidação do sistema jurídico escrito e burocracia.	POLÍCIA MÉDICA
<b>Livre Concorrência</b>		
*Manufatura 1550-1775	Colapso; Agricultura Feudal; Manufaturas, formação inicial do "operário coletivo"; consolidação do poder.	
*Grande Indústria 1775-1860	Mecanização industrial; Aparecimento da ciência e tecnologia como forças produtivas autônomas; estouro da avidez pela prolongação da jornada de trabalho para aumentar a produtividade (mais valia absoluta); intensa deterioração da força de trabalho (crianças e mulheres); acelerado processo de urbanização; controle legislativo para organizar novos padrões de vida e produção; movimentos sociais.	

<b>PERÍODOS (ANOS)*</b>	<b>PROCESSO GERAL</b>	<b>TENDÊNCIAS DAPRÁTICA MÉDICA</b>
<b>Capitalismo Monopolista</b>		
*Formação de Monopólios 1870-1900	Corporações cartéis e trustes; Movimento para limitar a jornada de trabalho, para incrementar a produtividade: a. Investigação de fisiologia e eficiência corporal e rápida recuperação da força de trabalho enferma; b. Avanço tecnológico; aumento da condição orgânica do capital e do volume médio das unidades produtivas; consolidação do "operário coletivo".	MEDICINA CIENTÍFICA (centrada no hospital, Institutos de Investigação e laboratórios)
*Fase Superior: Imperialismo 1920-1950	Conquista de territórios econômicos e mercados.	
<b>Crise do Imperialismo- 1960</b>	Severa crise imperialista com significativas repercussões políticas na América Latina; crise fiscal, inflação; condições para concentração do poder do Estado, intensificação do intervencionismo e controle do Estado; crise agrícola no Terceiro Mundo; desemprego e subemprego maciços; alto grau de consciência política popular.	MEDICINA COMUNITÁRIA  NOVA POLÍCIA MÉDICA
<b>Imperialismo e a suposta Pós-Modernidade- 1985</b>	Ciclo de fortalecimento do imperialismo. Crise das sociedades pós-capitalistas.	EPIDEMIOLOGIA ACADÊMICA Popperiana e Fenomenológica. Epidemiologia para o contexto periférico.

Fonte: Breilh, J. (1991). Autor (data).

A primeira etapa apresentada pelo autor marca o período de crise do sistema feudal e o surgimento da burguesia, época em que o Estado assume uma organização centralista e soberana mediante o enfrentamento entre a nobreza e a burguesia. Segundo o autor, o período absolutista e a fase manufatureira do período da livre concorrência foram etapas que marcaram um reordenamento produtivo e

social que ditaram novos modos de se viver. Tal contexto viabilizou o surgimento da Polícia Médica<sup>3</sup>, que segundo Breilh (1991), constitui a tendência médica desse período, e tem por característica principal o caráter normatizador.

A segunda fase do capitalismo de livre concorrência é marcada pelo processo de industrialização, que desencadeia diversas mudanças sociais, por exemplo, o deslocamento de grande parte da população para o âmbito urbano (MARX, 2008). Neste contexto, as condições de trabalho eram precárias, utilizava-se a mão de obra de crianças, mulheres e gestantes, os trabalhadores cumpriam carga horária de dezesseis horas de trabalho exaustivo e não havia condições sanitárias nas indústrias.

Para Breilh (1991), as práticas médicas nesta fase refletiram o enfrentamento das concepções de Virchow e os contagionistas<sup>4</sup>. Virchow foi um médico e político polonês, seu parecer foi solicitado para investigar uma epidemia de tifo que havia se instalado entre a população rural, e diante daquela realidade o mesmo teceu uma série de recomendações de mudanças estruturais na realidade local, como forma de superação do problema de saúde pública (WAITZKIN, 1981).

Baseado neste estudo, Virchow recomendou uma série de profundas transformações econômicas, políticas e sociais que incluíam aumento da oferta de empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos. Virchow não pedia soluções estritamente médicas, como seriam mais clínicas ou hospitais. Ao invés disso, ele via as origens de má saúde nos problemas sociais. O enfoque mais razoável sobre o problema das epidemias era, portanto, mudar as condições que permitiam que as mesmas ocorressem. (WAITZKIN, 1981, p.1).

O conflito entre Virchow e os contagionistas é a expressão do enfrentamento entre o liberalismo nascente e os interesses absolutistas, o enfoque virchowiano se embasava no marco ideológico do racionalismo, reformismo e iluminismo, enquanto o outro se embasava no autoritarismo e normativismo. O pensamento epidemiológico de Virchow defendia que “[...] a doença se desenvolve nas próprias condições econômicas e sociais locais, requer participação democrática [...]”

---

<sup>3</sup> A atuação denominada como polícia médica, consiste em iniciativas de caráter controlador e normatizador, esta prática dava ao profissional médico, indicado pelo governo, o poder de interferir com sua autoridade de forma direta sobre determinada região.

<sup>4</sup> O viés contagionista busca evidenciar a doença a partir de um único fenômeno, não considerando a relação do corpo com ambiente. Enfatiza a existência de uma causa específica e verdadeira da doença.

(BREILH, 1991, p. 85) enquanto para os contagionistas “[...] a doença vem de fora; requer quarentena e o exercício administrativo da burocracia”.

Portanto, a relação entre as condições de vida e o estado de saúde da população passa a ser evidenciada. Neste período, grandes epidemias surgem nos países industrializados e, concomitante a isso, nasce o movimento da medicina social iniciado por médicos que traçam um novo paradigma na compreensão do processo saúde-doença. Propunha medidas de mudanças na estrutura social para combater os diversos problemas de saúde que se instalaram na sociedade. O nome Medicina Social, segundo Rosen (apud VASCONCELOS, K. E. L., 2013a), foi utilizado pela primeira vez por Guérrin no cenário da Revolução Francesa de 1848, e associava-se as mobilizações políticas da classe trabalhadora.

Contudo, devido à derrota dos movimentos sociais dos trabalhadores e a chegada da burguesia ao poder, as teses de Virchow e dos demais revolucionários liberais foram desconhecidas, sendo substituídas pela teoria microbiana (BREILH, 1991).

O ingrediente revolucionário e social, a visão integradora dos liberais anticontagionistas, foi útil à burguesia enquanto esta lutava para libertar-se da camisa-de-força absolutista e acumular poder. Mas, uma vez que consolidou seu domínio, as necessidades objetivas do desenvolvimento capitalista se transformaram e as palavras de ordem que a história colocava em primeiro plano eram: maior rendimento da força de trabalho, ampliação e incorporação de tecnologias produtivas e expansão dos mercados e áreas de inversão. O estudo das doenças se viu envolto desde o final do século anterior em uma articulação: facilitar o impulso para o aumento da eficiência e a abertura de territórios inóspitos da África, Ásia e América. (BREILH, 1991, p. 94).

Influenciado pelo novo contexto e pelas necessidades ditadas pelo capital, surge o modelo explicativo unicausal do processo saúde-doença. Estas tendências ocorrem na etapa do capitalismo monopolista, período em que a medicina científica encontrou condições favoráveis para se desenvolver.

A medicina científica se conformou através de avanços que possibilitaram o aprofundamento dos estudos anatômicos, estudou a doença não mais enquanto elemento exterior - da natureza, passando a enxergá-la como elemento interior, habitante do corpo humano. Scliar (2007) relata que Pasteur, através da associação entre conhecimentos, como a química, patologia, fisiologia, microbiologia possibilitou o aprofundamento dos estudos anatômicos e favoreceu o desenvolvimento de um modelo médico centralizado no combate à doença de forma direta, a partir do

entendimento de que a mesma era causada por um agente etiológico (biológico, físico ou químico). O avanço da teoria microbiana foi o elemento central que influenciou a redução do conhecimento epidemiológico às causas unilaterais (BREILH, 1991).

A ênfase do modelo unicausal, também denominado de biomédico, recai sobre os aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, responsável pela fragmentação do corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, construindo um conhecimento na saúde cada vez menos generalista e, evidentemente, cada vez mais especializado. Diante desta nova direção os esforços para compreender o conceito de saúde foram esquecidos, uma vez que, na compreensão dos teóricos deste modelo, a resposta era clara, a saúde explicava-se pela ausência da doença (BATISTELLA, 2007).

No cenário de crescimento imperialista, diante da expansão do capitalismo para as economias da América Latina, Ásia e África, algumas doenças tropicais, como a malária e a febre amarela e a ancilostomíase, ameaçavam o êxito do projeto de exploração desses territórios. No entanto, programas de erradicação dessas doenças foram implantados por instituições, a exemplo do Grupo Rockfeller, que fundaram comissões pelos países subdesenvolvidos garantindo o êxito da exploração dessas nações (BREILH, 1991).

Na década de 1960, o cenário é de alta proporção de desemprego e subemprego que levou a classe trabalhadora a condições mínimas de subsistência, compondo uma massa demasiadamente empobrecida, constituindo dessa forma uma ameaça à classe dominante. O pano de fundo deste cenário era de crise estrutural do capitalismo, e profundo desequilíbrio entre os países “centrais” e a “periferia” (BREILH, 1991). Devido ao contexto da época de uma forte crise estrutural do capitalismo, houve a necessidade de controlar os custos do modelo biomédico (VASCONCELOS, K. E. L; SCHMALLER, 2014).

Os limites da medicina unicausalista ficaram fixados na prática privada, até certo ponto na medicina da força de trabalho produtiva (seguro social e afins), nos serviços militares e no nível terciário (mais complexo ou especializado) do sistema de assistência pública. O resto da tarefa – a articulação da medicina com os esforços desenvolvimentistas no campo e cidade, a legitimação do Estado em época de severas carências e desigualdades, e a ideologização e controle político das massas – reclamava um modelo alternativo. (BREILH, 1991, p. 104).

Além disso, o modelo biomédico é colocado em cheque devido suas limitações explicativas, segundo Batistella (2007), houve nos países industrializados uma transição epidemiológica, com a diminuição de doenças infecto-parasitárias e o aumento das doenças crônico-degenerativas como principal causa de adoecimento e morte, e neste quesito havia uma debilidade explicativa do modelo unicausal.

Embasado por todo este contexto, ocorre uma abertura ao social, outros fatores se mostram importantes para a compreensão do adoecimento, e novos modelos explicativos são evidenciados, buscando incorporar ao conceito do processo saúde-doença seus aspectos sociais (BATISTELLA, 2007).

Uma “nova” direção surge, o estudo da unicausalidade da doença é substituído pela noção de multicausalidade. Os pioneiros deste modelo foram Leawell e Clark, através da obra *Medicina Preventiva para o Médico e sua Comunidade*, onde os autores partiram do modelo da História Natural da Doença (HND) (BATISTELLA, 2007). Segundo Breilh (1991), o positivismo médico chegou a sua expressão mais evoluída através deste modelo, com a incorporação de princípios ecológicos em seu método para o alcance de interpretações mais abrangentes e dinâmicas, sendo até os dias atuais um dos principais instrumentos da epidemiologia funcionalista.

O esquema apresentado pela História Natural da Doença se divide fundamentalmente em dois períodos: pré-patogenese e patogênese. No primeiro período, situa-se a prevenção primária, que ocorre antes do início do adoecimento e incorpora ações voltadas ao desenvolvimento de saúde geral por meio de uma promoção da saúde. O segundo período, patogênese, no qual a doença já existe, a prevenção secundária irá garantir a realização do diagnóstico precoce e tratamento imediato e prevenção terciária irá se preocupar com a limitação do dano gerado e com a reabilitação (LEAWELL; CLARK, 1977 apud VASCONCELOS, K. E. L, 2013a).

O modelo apresentado por Leawell e Clark consiste na interação de três elementos considerados por eles fundamentais, a chamada tríade-ecológica: o ambiente, o agente e o hospedeiro, sendo os possíveis desequilíbrios entres eles o motivador do surgimento da doença, que, portanto “[...] seria resultante de um desequilíbrio nas auto-regulações existentes no sistema”. (BATISTELLA, 2007, p. 46).

Esta teoria embasou a atuação da Medicina Preventiva (MP), vertente iniciada nos Estados Unidos que teve por objetivo redefinir o papel do Estado no campo

sanitário. Os valores incorporados pela MP “[...] são apregoados a atitude preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe”. (VASCONCELOS, K. E. L, 2013a, p. 58).

Para Arouca (2003), a atuação da MP se embasa em três eixos fundamentais, sendo o primeiro a compreensão das limitações do espaço médico hospitalar ou consultório para evitar o surgimento da enfermidade ou barrar a evolução da doença em sua totalidade. O segundo é a ampliação dos usuários através da expansão da medicina para o âmbito social, que passam a se configurar em qualquer indivíduo independente da fase da vida. O terceiro é a vinculação entre a dimensão clínica e a epidemiológica.

As críticas ao modelo da multicausalidade, teoria que embasa as ações da MP, ocorrem devido a este igualar os aspectos biológicos e os aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, ou seja:

[...] o modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes. (PALMEIRA et al. (2004: 38) apud BATISTELLA, 2007, p. 47).

Portanto, há uma ausência de hierarquização nos fatores considerados pela MP, justapondo os fenômenos físico-químicos, biológicos e sociais, dando aos mesmos o mesmo peso, configurando um modelo reducionista, que adota a adjetivação social de forma acrítica e, assim, não visa alcançar um caráter explicativo e transformador.

O que deve ficar claro é que de qualquer modo é um instrumento ideológico que não permite chegar a uma interpretação fiel da realidade, para transformá-la, e que, quando muito, possibilita uma tarefa reformista plenamente compatível com a etapa de dominação sutil e tecnicada do imperialismo. Etapa para a qual a clínica, a visão unicausal dos problemas de saúde, não fornece às novas demandas, que surgiram em meados do século, instrumento útil para começar a romper o parcelamento das especializações e colocar a medicina em contato com o social. A história natural foi a melhor resposta conseguida. (BREILH, 1991, p. 124).

O modelo da MP se configura, no entanto, como projeto contrário à dimensão histórico-dialética do social imbricado no processo saúde-doença. Pois, contém um



traço reformista, o qual se afasta de uma perspectiva transformadora e visa à manutenção da ordem societária vigente.

Observa-se que ocorre a inserção do termo Promoção da Saúde, no entanto, este termo transitou de uma concepção restrita a um nível de atenção da medicina preventiva para um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado a partir da década de 1960 (BUSS, 2003 apud BATISTELLA, 2007).

Como já mencionado, a partir de 1960 ocorrem às críticas ao modelo unicausal, e as iniciativas de transformar a concepção saúde-doença, ganhando mais visibilidade a preocupação em promover saúde, visto o cenário de lutas populares e aprofundamento das desigualdades sociais. Além de todo contexto externo, os questionamentos ao paradigma médico-biológico são realizados internamente pela categoria médica, principalmente, devido às dificuldades encontradas para a construção de um novo conhecimento, que possibilitasse a compreensão dos problemas de saúde mais atuais que acometem os países industrializados, a exemplo das doenças cardiovasculares e tumores malignos.

De acordo com Laurell (1982, p. 2):

[...] deriva-se de uma crise de prática médica, já que parece claro, especialmente no cenário latino-americano, que a medicina clínica não oferece solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade, fato que se demonstra na estagnação dessas condições em grandes grupos, ou sua franca deterioração em outros.

Na América latina, através do movimento da medicina social latino-americana que ganhava tessitura na época, os modelos mais “críticos” da saúde pública norte-americana foram sendo superados. A partir deste movimento e da corrente da Reforma Sanitária no Brasil, o debate iniciado resultou no aparecimento do conceito de Saúde Coletiva (BREILH, 1991). A Saúde Coletiva (SC) possui uma tendência transformadora, assume uma visão de homem e de mundo oposta àquela existente nos modelos de saúde dos países centrais.

Enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença. Enquanto a saúde pública acolhe os métodos empírico-analítico (estrutural-funcionalista), popperiano ou fenomenológico, a saúde coletiva incorpora o método materialista-dialético. Enquanto a saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado, com os interesses que este representa nas sociedades capitalistas, a saúde coletiva se coloca como recurso da luta popular e da crítica-renovação estratégicas do que fazer estatal. Enquanto a

saúde pública assume a atitude possível da consecução de melhorias localizadas e graduais, a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical. (BREILH, p. 128, 1991).

Os principais expoentes intelectuais da Saúde Coletiva no Brasil foram Sergio Arouca, através do trabalho O Dilema Preventivista em 1975, e Cecília Donnangelo que no mesmo ano publicou o texto Medicina e Sociedade. Tais produções realizavam uma discussão crítica acerca do modelo assistencial hegemônico, fundamentado em uma prática biologicista e mercantilizada (MOREIRA, 2013).

Na década de 1970 vivia-se um período de efervescência dos movimentos sociais que reivindicavam por direitos sociais, dentre eles o direito à saúde. Neste contexto, ocorre o fortalecimento da Medicina Social e da Saúde Coletiva Latino-americana, que podem ser considerados frutos da confluência do pensamento crítico em saúde e dos movimentos sociais que emergiram na América latina em defesa do direito à saúde universal e de qualidade. Alguns autores fundamentais na inserção deste debate, além de Cecilia Donnangelo e Sergio Arouca, foram: Jaime Breilh no Equador, Cristina Laurell no México e Juan Cesar Garcia, nascido na Argentina.

Breilh (1991) apresenta um esquema que ilustra a oposição das duas concepções fundamentais do processo saúde-doença. As concepções ilustradas no quadro a seguir demonstram as perspectivas em disputa pela hegemonia do pensamento em saúde.

### Quadro 3 – Concepções antagônicas do processo saúde-doença

	Neo-positivismo	Pensamento científico-social
Problema-Objeto	Fatores (equilibrados) do sistema ecológico	Processos (contraditórios) de uma formação social
Referencial Teórico	Naturalismo (assimilação do natural); mudanças exteriores; variação aleatória Leis-princípios: naturais (orgânicos), funcionais e estatísticos (probabilidade).	Histórico. Transformação (quantitativa da essência objetiva). Leis-princípios: dialéticos, históricos, funcionais e estatísticos.
R. Teórico Específico	Doença = disfunção acionada por causa(s) externa(s) Saúde = “normalidade” para o trabalho	Saúde-doença – unidade historicamente determinada
Hipóteses	Associações empíricas; ficção auxiliar do valor prático.	Leis dos processos objetivos. Refletem o movimento real do mundo.
Observação	Empírica (mensuração de manifestações exteriores e variação concomitante). Veracidade direta; quantificação.	Pensamento teórico e experiência real de transformação (determinação da essência, relações e propriedades internas).

		Prática social consistente
Ponto de Vista	Indesejável; neutralidade explícita.	Identidade sujeito-objeto; unidade dos juízos de fato e de valor.

**Fonte:** Breilh (1991, p.180).

A análise realizada pela perspectiva crítica aponta os limites encontrados na tradição positivista do pensamento em saúde. Uma delas é a apresentação do método epidemiológico enquanto uma sequência linear de passos, o que desencadeia uma compreensão reducionista do método, distante do reconhecimento da relação dialética que o compõe.

A epidemiologia, para Breilh (1991), é um terreno de luta de ideias, de disputas sobre como enunciar e atuar na saúde, e essa disputa obedece a interesses sociais encontrados na sociedade em determinado período histórico. O conceito denominado pelo autor, como Pensamento Científico-Social, se configura como aquele que possui a fundamentação teórica para a discussão da Determinação Social da Saúde.

## **1.2 Saúde e Questão Social: o diálogo através da Determinação Social da Saúde**

A corrente crítica do pensamento da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana assume o conceito da Determinação Social da Saúde como um dos principais pilares de suas análises. Este conceito foi reivindicado pela primeira vez na Dissertação de Mestrado de Breilh (2011), em 1976, segundo afirmou o mesmo em entrevista realizada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) em 2011. O autor reflete que sua publicação foi a primeira discussão sistemática acerca do conceito, estabelecendo um diálogo deste com a categoria de reprodução social.

A análise mostra que Breilh (1991) trabalha a ideia de uma nova epidemiologia, realizando a crítica aos postulados da epidemiologia tradicional. E busca, por meio de seus estudos, construir uma metodologia científica para saúde, permeada de forte apelo ideológico em uma corrente contra hegemônica.

Como já refletido anteriormente, a preocupação com os aspectos sociais presentes no processo saúde-doença é evidenciada por Virchow, que inaugura uma linha mais progressista no desenvolvimento das ciências na saúde. Contudo, os

anteriores do conceito da Determinação Social da Saúde, que realmente possibilitaram sua formulação, foram Marx e Engels, através de obras que permitiram a compreensão das leis que regem o modo de produção capitalista e evidenciaram as categorias explicativas da sociedade (BREILH, 1991).

Breilh (1991) se refere ao estudo de Engels, “A situação da classe operária na Inglaterra”, de 1845, como um dos trabalhos fundamentais para formulação da epidemiologia científica, onde aborda a estrutura social da civilização inglesa analisando o perfil das condições de vida do proletariado britânico.

Em síntese e ao modo de uma breve recapitulação, a abordagem central de Engels foi a de vincular as chamadas doenças da pobreza e da urbanização sob o capitalismo com as condições da fábrica, considerando estas últimas, não como causas finais, mas como efeitos das condições de exploração. Constituiu uma reformulação transcendente do enfoque empírico que considerava apenas as condições, superou o marco indutivista e propôs a unidade entre tais condições e as relações sociais que as produzem. (BREILH, 1991, p. 186).

Dessa forma, a reflexão mostra que a categoria reprodução social será capaz de estabelecer as relações entre as estruturas sociais e processos particulares como, por exemplo, os biológicos e mentais. Portanto, a saúde-doença será considerada uma expressão particular do processo geral da vida social.

Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Em nossa opinião, as categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permite desenvolver esta proposição geral e aprofundar e enriquecer a compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação, são a classe social, como propõe Breilh e processo de trabalho [...]. (LAURELL, 1982, p. 16).

Portanto, evidencia-se que os autores pioneiros na construção do debate acerca da Determinação Social da Saúde estão pautados no materialismo histórico dialético. O objetivo da proposta crítica trazida nestes debates não é decifrar conexões empíricas para promover medidas de simples reforma de uma sociedade estruturalmente patogênica, mas sim ser radicalmente emancipadora (BREILH, 1991).

Em relação à epidemiologia crítica apresenta algumas características:

- Contexto: urgências sócio-sanitárias de povos superexplorados

- Enfrenta postulados teórico-metodológicos e práticos da saúde pública oficial e da medicina hegemônica
- Não se reduz a uso “progressista” de conceitos, técnicas e linhas de ação convencionais, tampouco à adaptação terceiro-mundista de modalidades simplificadas do saber dos centros hegemônicos.
- Surge em torno do pensamento científico emancipador como uma expressão particular da luta autárquica que tem como correspondente a necessidade popular.
- Crescimento e aprofundamento especializados de revolução filosófica que esteve na periferia dos campos técnicos. (BREILH, 1991, p. 130).

Nota-se, através da perspectiva trazida pela epidemiologia crítica, o conceito da Determinação Social da Saúde se pauta na lógica de que a saúde deve ser analisada a partir das formas de organização da vida social, com base no trabalho e na reprodução social. Contrária à concepção de causalidade, esta abordagem traz a visão dialética, que visa superar o âmbito da aparência e a realidade fenomênica.

[...] as causas das doenças não são entidades estáticas que se podem abstrair formalmente, mas que têm que ser interpretadas como parte do movimento global da vida social, e para poder transformá-las é preciso compreender as leis desse movimento social global assim como as leis específicas dos processos biológicos que se desenvolvem no seio desta vida social mais ampla. Portanto, o trabalho de investigação epidemiológica eu se realiza não deve separar totalmente o estudo da parte (a saúde-doença) do todo a que pertence, mas sim observá-la como produto de sua vinculação com o todo. (BREILH, 1991, p. 202).

Portanto, a saúde-doença deve ser compreendida como pertencente a um todo social, e os fenômenos apresentados por essa parte do todo, através da epidemiologia, devem ser considerados dimensões da realidade observadas. Faz-se presente nesta análise a noção de totalidade e das mediações entre o universal, o particular e o singular, como condição para compreensão crítica do processo saúde-doença. Entende-se dessa forma, que a

[...] realidade social não é a soma do que se observa nos indivíduos e se relaciona estatisticamente, mas que, na realidade, os processos individuais entrecruzam-se e surgem como resultantes das forças econômicas, políticas e culturais que operam no todo. (BREILH, 1991, p. 202).

Esta concepção preocupa-se em chegar à essência do fenômeno, e ser capaz de propor transformações na organização social da produção, por entender que esta determina as condições de vida da sociedade. Para tanto, a hierarquia entre os fatores que interferem no processo saúde-doença é evidenciada, haja vista que se concebem os fatores biológicos e ambientais como estando subordinados às

categorias trabalho e reprodução social da vida. Segundo Nogueira (2011, p. 57), “[...] o pressuposto filosófico implícito é que as dimensões biológicas e ambientais da vida humana estão ‘subsumidas’ às características de cada sociedade, em seu desenvolvimento histórico.”.

O estudo de Laurell (1982) traz uma rica reflexão para apreensão da dimensão social existente no processo saúde-doença, portanto, é importante pontuar a discussão realizada pela autora, principalmente, no que concerne a identificação de como ocorre a relação entre o social e biológico neste processo.

Laurell (1982, p. 11), inicialmente, esclarece que a natureza social da doença não se verifica no estudo individual ou no caso clínico, mas sim na observação do processo saúde-doença da coletividade, que é compreendido como o “[...] modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução”, através da análise dos modos característicos de adoecer e morrer dos grupos humanos. Tais grupos devem ser compostos através da identificação das semelhanças a respeito de suas características sociais e, em segundo plano, das características biológicas, dessa forma, é possível se aproximar da dimensão social existente no conjunto de indivíduos. Posto isso, evidencia a importância da adoção de uma teoria do social que forneça elementos teóricos para construção desses grupos, para que o mesmo não seja composto de forma linear, pois o intuito é extrair como o processo saúde-doença do grupo se relaciona com o processo saúde-doença do indivíduo (LAURELL, 1982).

A relação entre o processo de saúde-doença coletiva e o do indivíduo fica, então, estabelecida, porque o processo saúde-doença coletiva determina as características básicas sobre as quais assenta-se a variação biológica individual. Visto isto a partir do paciente significa que sua história social assume importância, porque condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de que adoça de um modo particular [...]. (LAURELL, 1982, p. 13).

Diante dos apontamentos realizados, pode-se inferir que de fato a dimensão biológica está determinada pela dimensão social. No entanto, ambas se relacionam em um processo único, conforme a reflexão a seguir:

[...] o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. Por exemplo, o modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente, é ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinada atividade neuro-muscular, metabólica, etc. Outro exemplo poderia ser o comer, uma vez que o que se come e como se faz isso são fatores sociais, que tem sua contraparte biológica. (LAURELL, 1982, p. 15).

Outra contribuição fundamental deste estudo (LAURELL, 1982), proporciona notável clareza para apropriação do debate acerca da Determinação Social da Saúde. Tal discussão ocorre a partir da análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades, em um mesmo período histórico. A autora expõe as dez principais causas de morte no México, em Cuba e nos Estados Unidos, estabelecendo uma comparação entre estes países, no que diz respeito ao reatamento do desenvolvimento das forças produtivas no perfil patológico de sua população.

**Tabela 1: PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE: comparações entre México, Cuba e Estados Unidos**

Causas	Mortes	Taxa
<b>MÉXICO</b>		
Pneumonia e Influenza (A89–90)	69.087	131,7
Enterites e outras doenças diarréicas (A5)	66.864	127,5
Doenças do Coração:		
— isquêmicas (A83)	10.234	19,5
— outras (A80, 81, 84)	25.760	49,1
Certas causas de morte perinatal (A131–135)	25.147	47,9
Morte violenta (A131–135)	25.481	42,9
Tumores malignos (A45–60)	19.217	36,6
Acidentes (AE138–146)	13.911	26,5
Doenças cerebro-vasculares (A85)	12.809	24,4
Sarampo (A25)	11.504	21,9
Cirrose Hepática (A102)	11.236	21,4
Todas as demais	129.644	247,2
Mal definidas (A136–137)	59.119	112,7
Todas as causas	476.206	908,1
<b>CUBA</b>		
Doenças do Coração:		
— isquêmicas (A83)	9.398	107,4
— outras (A80, 81, 84)	1.453	16,6
Tumores malignos (A45–60)	8.929	102,1
Doenças cerebro-vasculares (A85)	4.694	53,7
Certas causas de morte perinatal (A131–135)	3.270	37,4
Pneumonia e Influenza (A89–90)	3.018	34,5
Acidentes (AE138–146)	2.823	32,3
Doen. artérias, arteríolas e capilares (A86)	1.976	22,6
Suicídio (A147)	1.265	14,5
Malformações congênitas (A126–130)	1.245	14,2
Doenças hipertensivas (A85)	1.976	13,5
Todas as demais	17.612	201,3
Mal definidas (A136–137)	299	3,4
Todas as causas	49.447	565,2
<b>ESTADOS UNIDOS</b>		
Doenças do Coração:		
— isquêmicas (A83)	674.292	326,1
— outras (A80, 81, 84)	55.026	26,6
Tumores malignos (A45–60)	337.398	177,7
Doenças cerebro-vasculares (A85)	209.092	101,1
Acidentes (AE138–146)	113.439	54,8
Pneumonia e Influenza (A89–90)	57.194	27,6
Doen. artérias, arteríolas e capilares (A86)	56.848	27,5
Certas causas de morte perinatal (A131–135)	38.495	18,5
Diabetes (A64)	38.256	18,5
Cirrose Hepática (A102)	31.808	15,4
Bronquites, enfisema e asma (A93)	30.284	111,0
Todas as demais	258.876	111,
Mal definidas (A136–137)	26.534	12,8
Todas as causas	927.542	932,2

Fonte: Laurell (1982, p. 19-20).

A primeira comparação estabelecida pela autora elucida a realidade entre México e Cuba, aponta que estas sociedades se assemelham em relação ao desenvolvimento econômico, contudo, possuem diferenças quanto às relações sociais de produção. Com base nos dados obtidos na Tabela 1, que no perfil patológico mexicano ocorre uma predominância das doenças infectocontagiosas (pneumonia, influenza, infecções intestinais), representando 40% da origem da mortalidade no país. Também, evidencia a elevada taxa de mortalidade devido à cirrose hepática, o que segundo a autora, traduz a “[...] má nutrição e o alcoolismo, isto é, pobreza e o desespero, fato que também se manifesta na altíssima frequência de morte violenta”. (LAURELL, 1982, p. 5).

Em relação a Cuba, destaca-se a informação de que as doenças infectocontagiosas se encontram em peso bem menor, representando cerca de 11% da origem de mortalidade. Diante da comparação estabelecida, a autora infere que as diferenças no perfil patológico entre Cuba e o México estão determinadas pelas relações sociais de produção existentes nestas sociedades.

A comparação realizada entre Cuba e os EUA aponta semelhanças nos tipos de doenças mais comuns, contudo se diferem quanto à frequência da presença destas patologias, sendo as doenças isquêmicas do coração três vezes mais frequentes nos EUA, os tumores malignos e acidentes cerca de 50% mais frequentes, diabetes 80% e cirrose 2.5 vezes mais comum. Segundo a autora, não existe outra justificativa para estas diferenças, senão a especificidade de cada sociedade, determinada pela forma como a mesma irá se organizar, “[...] as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção”. (LAURELL, 1982, p. 9).

A partir das contribuições ímpares trazidas por Laurell (1982), é possível reforçar com segurança que as relações econômicas construídas em nível macrossocial determinam as diferentes dimensões da vida social e essas dimensões que se expressam na existência de cada indivíduo terá implicação em seu modo de viver, adoecer e morrer. As relações construídas em nível macrossocial nos marcos da sociedade capitalista, para a perspectiva crítica, derivam da relação que a classe trabalhadora mantém com os meios de produção, o que indicará sua posição nas relações de domínio e exploração.



O conceito da Determinação Social da Saúde abre precedentes para o diálogo entre a Saúde e a Questão Social, sendo esta última entendida enquanto categoria capaz de expressar a contradição fundamental existente nas sociedades que adotam o modo capitalista de produção, ou seja, a contradição capital versus trabalho. QUESTÃO SOCIAL – SERÁ MELHOR TRABALHADA

A questão social, segundo Paulo Netto (2013), a partir de meados do século XIX, nota-se que a mesma será compreendida de duas formas fundamentais. A primeira, ele considera estar embasada no pensamento conservador, através das ideias de Durkheim, que defende a ordem natural da divisão do trabalho entre os que concebem e os que executam. A partir da naturalização desta ordem, apesar de aceitar a existência das desigualdades, Durkheim percebe que há que se impor limite para que esta condição não ameace a preservação dos vínculos sociais, diante de tal cenário ele irá propor uma reforma social.

[...] o primeiro bloco em face da Questão Social, que se constitui no século XIX, é o do pensamento conservador, para o qual existe uma Questão Social que, por sua vez, pode ser enfrentada nos marcos da sociedade vigente, seja com planejamento, seja com racionalidade na gestão pública, na alocação de recursos, no cuidado com os investimentos. Diríamos nós, hoje, com boas políticas sociais. (PAULO NETTO, J, 2013, p. 89).

Portanto, apesar de reconhecer a Questão Social, esta matriz teórica irá naturalizar sua existência, como condição inerente à constituição humana, e não como sendo fruto da forma como os homens se organizam em sociedade, através do modo de produção capitalista.

A segunda forma de compreender a Questão Social está pautada pela concepção socialista revolucionária, embasada na teoria marxista. Nesta vertente, acredita-se que não há solução para Questão Social nos marcos da sociedade capitalista, portanto, a ideia de que uma plenitude de direitos sociais poderia saná-la estaria equivocada, pois seria inconcebível tanto nos países centrais quanto na periferia, devido estar diretamente relacionada à contradição que é própria deste modo de produção.

A clareza dessas vertentes é fundamental, destaca Paulo Netto (2013), não há maneira de enfrentar a Questão Social sem chegar ao fundamento econômico e social da ordem capitalista vigente. Neste sentido, quando o debate acerca do conceito da Determinação Social da Saúde afirma que o processo saúde-doença se relaciona com as leis gerais da ordem capitalista, denunciando esta forma de

organização como produtora de iniquidades e desigualdades que determinam os níveis de saúde em uma sociedade. Por sua vez, está evidenciando a categoria Questão Social, ao ponto que reconhece a contradição própria deste modo de produção.

Ao utilizarmos, na análise da sociedade, a categoria questão social, estamos realizando uma análise na perspectiva da situação em que se encontra a maioria da população – aquela que só tem na venda de sua força de trabalho os meios para garantir sua sobrevivência. É ressaltar as diferenças entre trabalhadores e capitalistas, no acesso a direitos, nas condições de vida; é analisar as desigualdades e buscar forma de superá-las. É entender as causas das desigualdades, e o que essas desigualdades produzem, na sociedade e na subjetividade dos homens. (MACHADO, 1998, p. 43).

Deste modo, não é possível ver a questão social, mas sim suas expressões, a exemplo do desemprego, o analfabetismo, a fome, a falta de acesso à saúde e outros. A questão social se apresenta nas suas objetivações, “[...] em concretos que sintetizam as determinações prioritárias do capital sobre o trabalho, onde o objetivo é acumular capital e não garantir condições de vida para toda a população.” (MACHADO, 1998, p. 43).

As respostas dadas a realidade permeada pelas expressões da Questão Social são diversas. No que concerne o âmbito da saúde, ganhou destaque nos últimos anos a perspectiva que trata os Determinantes Sociais da Saúde, que se difere da perspectiva defendida pela Determinação Social da Saúde. As convergências e divergências entre estes conceitos serão trabalhadas neste estudo, a fim de colaborar para o direcionamento do Serviço Social na apropriação coerente de tais conceitos.

### **1.3 Determinantes Sociais da Saúde: análise crítica**

Os Determinantes Sociais da Saúde ganham destaque através da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2005, com o objetivo de “[...] melhorar a saúde mundial pela via de alcançar a equidade em saúde, encarando-a como um assunto de justiça social.” (BREILH, 2008, p. 7). Para atuar nessa realidade as propostas da Comissão se circunscrevem na recomendação de políticas que visam reduzir as desigualdades

em saúde, e eliminar a disparidade entre os níveis de saúde no período de uma geração.

Segundo Breilh (2011), o conceito de DSS foi assumido pela OMS sem o reconhecimento de todo debate que estava sendo realizado na América Latina há cerca de 30 anos sobre a Determinação Social da Saúde. Portanto, o conceito de DSS surge desvinculado do debate já iniciado entre os estudiosos latino-americanos, havendo na opinião do autor uma distorção do conceito originalmente estabelecido pela epidemiologia crítica.

No Brasil, é criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006, com o objetivo de produzir conhecimento sobre a relação entre os determinantes sociais e a situação de saúde da população, e promover, subsidiar e avaliar políticas e programas direcionados à saúde.

A 1ª Conferência Mundial sobre DSS ocorreu no Brasil, em 2011 (BRASIL, 2011), e contou com a representação de 125 países, atingindo 1.300 participantes dentre eles as organizações da sociedade civil.

A partir dos debates realizados na Conferência foram elaboradas duas declarações, uma delas elaborada pela própria organização do evento, e a outra por representantes da Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES), contendo “[...] o pensamento dos setores acadêmicos críticos, dos setores políticos e do pensamento científico mais avançado da América Latina”. (BREILH, 2011).

Portanto, apesar de apresentarem terminologias demasiadamente semelhantes, que aparentam ser consensuais, o modelo conceitual dos DSS e o conceito da Determinação trazem consigo algumas tensões político ideológicas.

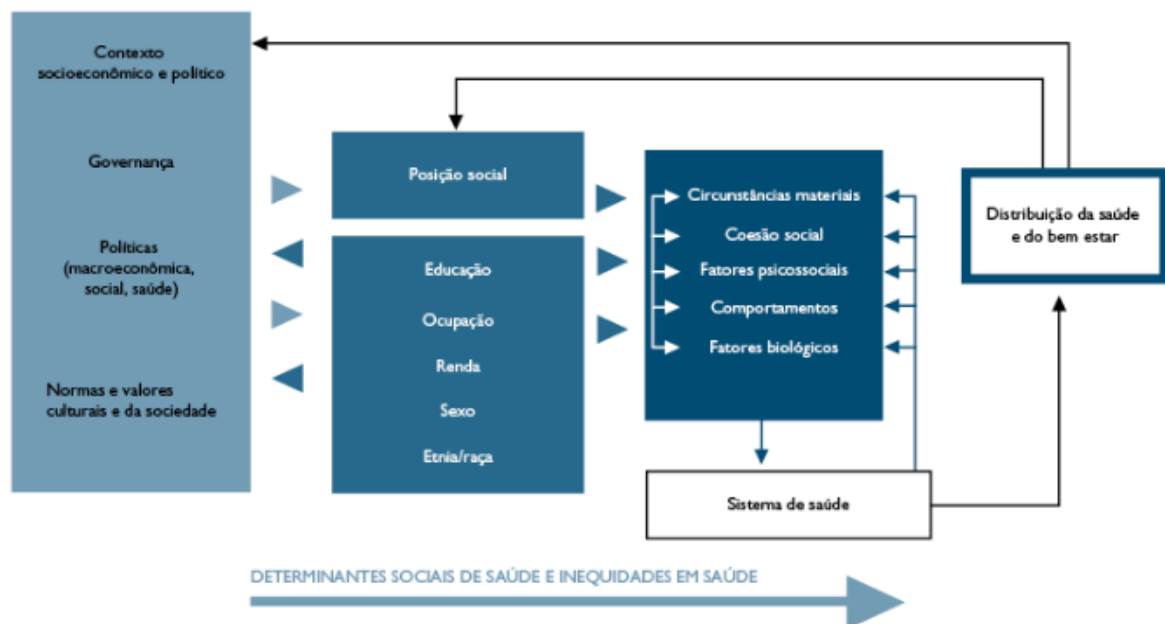
O modelo defendido pela CDSS (OMS, 2005) divide os determinantes em dois tipos: os estruturais e os intermediários, ou seja:

1º Determinantes estruturais: é formado pela posição socioeconômica, pela classe social e estrutura social. A partir desta configuração será conformado o nível educativo, que terá impacto sobre a inserção no mercado de trabalho, e esta inserção influirá na renda. Neste âmbito também estão presentes as relações de gênero e de etnia, sendo que todos passam pela influência do contexto sócio-político, que possui como pontos centrais: o tipo de governo, as políticas macroeconômicas, sociais e públicas, e ainda a cultura e valores sociais (BREILH, 2008).

2º Determinantes intermediários: são configurados pela posição socioeconômica, através da educação, trabalho e renda. Os elementos intermediários seriam as circunstâncias materiais de vida, e os fatores comportamentais, biológicos e psicossociais. Estes elementos se dão segundo a posição socioeconômica, e “[...] determinarão um impacto na equidade em saúde e no bem-estar”. (BREILH, 2008, p.2).

O movimento entre os determinantes estruturais e intermediários são ilustrados através do Figura a seguir.

**Figura 1 - Determinantes Sociais de Saúde e Iniquidades em Saúde**



**Fonte:** OPAS (2012) – capítulo “Determinantes e desigualdades em saúde”

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Quadro sugere as possíveis intervenções a serem tomadas, sendo as mesmas relativas aos seguintes pontos:

1. As circunstâncias da vida diária, incluindo a exposição diferenciada a fatores que influenciam doenças nos primeiros momentos de vida, os ambientes sociais e físicos e o trabalho associado à estratificação social e as respostas da atenção à saúde à promoção da saúde, a prevenção de doenças e o tratamento de enfermidades.
2. Os fatores estruturais, que abordam a natureza e o grau de estratificação social na sociedade, bem como as normas e os valores da sociedade, as políticas econômicas e sociais nacionais e globais e os processos de governança nacional e local. (OPAS, 2012).

O ponto de convergência entre o debate realizado pelas duas correntes, dos DSS e da Determinação, é que ambos reconhecem que os processos sociais macroeconômicos possuem correlações com os níveis de saúde e doença, e que neste processo ocorrem articulações múltiplas e complexas. No entanto, existem diferenças fundamentais que acabam por evidenciar a polarização entre ambas, analisadas por Breilh (2008). Uma grande diferença refere-se às construções teóricas realizadas por esses modelos acerca das relações e processos sociais. A Medicina Social e a Saúde Coletiva Latino americana ao longo dos anos buscaram realizar elaborações teóricas comprometidas com discussão da realidade, evidenciando os aspectos inerentes à sociedade capitalista no debate acerca do processo saúde-doença. Por outro lado, as discussões fomentadas pela CDSS não adotam um referencial teórico capaz de explicar a sociedade atual, e nem tentam fazê-lo.

Eles se baseiam fundamentalmente na sociologia funcionalista de acordo com a qual é da estratificação sócio-econômica que deriva a relação entre escolaridade, ocupação e renda. Assim, para eles, um dos pontos centrais daquilo que definiria a justiça ou injustiça social é o fato de que a sociedade propicie, de forma igual, uma boa educação que garanta melhores empregos e, portanto, maiores rendas, o que por sua vez permita obter melhores condições materiais e, assim, uma melhor saúde. Desta forma, as transformações que são possíveis de se ver a partir dessa ótica são apenas as melhoras possíveis dentro de uma sociedade inerentemente inequitativa [...]. (BREILH, 2008, p. 5).

Dessa forma, observa-se que os objetos de crítica, tanto da MS e SCL, como do CDSS, são diferentes. Enquanto a MS e SCL fundamentam-se na própria natureza da sociedade capitalista, a CDSS terá sua atenção voltada para as repercussões produzidas pela sociedade, no entanto, sem questionar sua natureza.

Entende-se, neste estudo, que o reconhecimento do processo saúde-doença como sendo determinado socialmente pressupõe a adoção de um referencial teórico que explique o modelo societário em que esse processo ocorre. A adoção de uma perspectiva teórica é essencial, pois através dela “[...] se reconstrói e se reinterpreta a totalidade social”. (NOGUEIRA, 2011, p. 55).

[...] nota-se duas vertentes que adotam matrizes distintas na concepção da dimensão social da saúde, uma herdeira da epidemiologia social norte-americana onde a influência dos aspectos sociais é considerada para explicar o processo de adoecimento e neste modelo os fatores sociais ocupam níveis de gravidade paritários, contrapondo à vertente herdeira da tradição marxista, representada pela epidemiologia social latino-americana,

em que os fatores sociais se colocam de forma hierárquica [...]. (NOGUEIRA, 2014, p. 40).

Nota-se a partir das abordagens expostas que se divergem dois projetos societários, um considerado reformista, por reconhecer as deficiências do modelo de sociedade vigente e propor medidas que amenizem seus impactos na vida e saúde das populações, contudo sem questionar a essência fomentadora das iniquidades inerentes ao modo de produção capitalista. E em contrapartida nota-se a existência de um projeto com base no modelo revolucionário, que coloca em cheque a ordem vigente, ao assumi-la como grande responsável pelas desigualdades sociais.

No âmbito da saúde, o conceito de desigualdades sociais, segundo Breilh (2008), pode ser visto a partir de duas perspectivas, sendo a perspectiva conceitual, compreendida como uma forma de abordar a realidade sanitária; e a perspectiva ética, ao ponto que propõe a centralidade da discussão na valoração das diferentes condições de vida e saúde entre os grupos sociais, que implica na limitação do pleno gozo dos direitos humanos.

A CDSS embasa-se em grande parte nos estudos de Margaret Whitehead para abordar o debate acerca das desigualdades sociais, ou seja: “[...] as desigualdades ou iniquidades em saúde são injustas quando não são resultado da livre escolha dos indivíduos, e sim produto de situações que estão fora de seu controle”. (BREILH, 2008, p. 6), por esse motivo são consideradas evitáveis, pois não são produto da biologia dos indivíduos.

Por compreender que as iniquidades em saúde têm suas raízes da distribuição desigual da riqueza e do poder, a CDSS entende que para alcançar a equidade em saúde se faz necessário lançar mão de políticas sociais que visem a redistribuição da riqueza social, e o empoderamento dos indivíduos, comunidades e países. Portanto, a Comissão irá propor medidas “[...] orientadas para recomendar políticas que reduzam as desigualdades em saúde, eliminando a disparidade em saúde no curso de uma geração”. (BREILH, 2008, p.7).

Toda essa articulação realizada pela CDSS assemelha-se em parte com as propostas da MS e SCL, no entanto, ocorre uma diferença na forma de se conceituar a iniquidade, o que desencadeia uma vertente distinta de atuação sobre as desigualdades em saúde.

As sociedades inequitativas são aquelas onde existe um processo de distribuição desigual do poder. Não somente do poder que controla a propriedade e o uso das riquezas materiais, mas também o poder que se requer para definir e expandir a identidade, os projetos e as aspirações de utopias. (BREILH, 2008, p.8).

Dessa forma, evidencia-se que o cerne da iniquidade não se encontra na injustiça ou na distribuição e acesso, e sim no contexto que os produz, configurando-se como característica inerente à sociabilidade capitalista. Portanto, a mesma é fruto do modo de ser da atual sociedade. Esta definição mostra que na análise feita pela MS e SCL, as estratégias voltadas para o combate da desigualdade limita a atenção para os efeitos, deixando de observar seus determinantes,

Aprofundando esta análise, nas palavras de Breilh (2008, p. 8) “A iniquidade dá conta da essência do problema, e o que está no fundo ou na raiz, enquanto a desigualdade é uma evidência empírica que se torna clamorosa nos dados estatísticos”. Contudo, iniquidade e desigualdade não são sinônimas e não devem ser equiparados.

Então, para a compreensão da desigualdade é necessário revelar a iniquidade que a produz. A desigualdade é, melhor dizendo, uma expressão observável típica e grupal da iniquidade. Expressa o contraste de uma característica ou medida produzida pela iniquidade. A categoria desigualdade é a expressão observável de uma iniquidade social. As desigualdades são medidas, as iniquidades são julgadas. (BREILH, 2008, p. 8).

Neste estudo, o debate proposto representa a vertente trazida originalmente pela MS e pela SCL, pois a mesma condiz com os princípios defendidos pelo Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 2012, p. 24), no que tange ao compromisso com a “[...] construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” e que, para tanto, questiona as bases estruturais da sociabilidade vigente.

A categoria profissional de assistentes sociais está diretamente vinculada ao debate da Política de Saúde, através do trabalho com as expressões da questão social. Além do trabalho com os determinantes, é fundamental a realização de uma reflexão que coloque em evidência a categoria trabalho como central para conformação da sociedade como se encontra atualmente, e partindo dessa realidade, propor discussões que realmente alcancem o cerne da problemática da saúde. O aprofundamento da discussão acerca das convergências encontradas

entre a matriz teórica do conceito da Determinação Social da Saúde e o Projeto Político Profissional do Serviço Social, será abordado no Capítulo 3 deste estudo.

Desse modo, a discussão que evidenciou os aspectos mais importantes no debate acerca do reconhecimento dos aspectos sociais no processo saúde-doença, será complementada com a análise sobre as particularidades históricas da conformação do continente latino americano e sua articulação com a história da saúde pública no Brasil.



**CAPÍTULO 2 AS PARTICULARIDADES DO CONTINENTE LATINO AMERICANO E  
A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

“O Brasil enfrenta um dilema: ou se torna um dos grandes irmãos do Sul da América ou se torna uma nova opção imperial. E da solução desse dilema vai depender tudo, a saúde brasileira especialmente. Então, tomara que o povo tenha a sabedoria para se organizar e manter um Brasil do Sul e não um projeto de Norte no Brasil”  
(Jaime Breilh).

## 2.1 O desenvolvimento das Políticas Sociais na América Latina

A análise do percurso histórico que conforma as bases da sociedade em que se vive é de suma importância para a compreensão das problemáticas que a permeiam. Deste modo, é fundamental o conhecimento das particularidades que moldaram as sociedades latino-americanas e que influenciaram a construção do contexto em que se encontra na atualidade.

Segundo Soares (2008), é necessário compreender a América Latina a partir de uma perspectiva crítica acerca de suas raízes históricas, políticas e econômicas. As evidências históricas ressaltam as marcas do colonialismo, escravidão, conservadorismo, centralização do poder e da riqueza, presentes neste continente.

O resgate histórico do continente latino-americano será realizado de modo a evidenciar alguns elementos fundamentais que permitem a compreensão da posição peculiar que ele ocupa, evidenciando, assim, os motivos que levaram as desigualdades na América Latina serem mais intensas, quando comparadas a outros continentes.

O processo civilizatório ocorreu na América Latina a partir do ano de 1492, “[...] quando a bota espanhola pisou pela primeira vez nas areias das Bahamas”. (GALEANO, 2007, p. 35). Pensar na história do descobrimento da América remete à memória a colonização das terras latinas, a aniquilação dos povos indígenas, e a exploração das riquezas naturais. Contudo, muitas vezes, esta história é contada de forma romantizada, sem evidenciar a relação desses acontecimentos com a acumulação primitiva que propiciou a expansão do modo de produção capitalista.

Segundo Galeano (2007), as colônias americanas foram descobertas, conquistadas e colonizadas dentro do processo da expansão do capital comercial, e a função principal das mesmas foi transferir riquezas naturais como forma de subsidiar a economia capitalista comercial europeia.

O descobrimento das jazidas de ouro e prata da América, a cruzada de extermínio, escravidão e sepultamento nas minas da população aborígine, o começo da conquista e o saqueio das Índias Orientais, a conversão do continente africano em local de caça de escravos negros: são todos feitos que assinalam os alvares da era de produção capitalista. Esses processos idílicos representam outros tantos fatores fundamentais no movimento da acumulação original. (MARX apud GALEANO, 2007, p. 46).

Portanto, a história do descobrimento da América Latina e todo processo de expropriação de suas riquezas fez parte da acumulação primitiva de capitais, e tornou possível a expansão de um novo modo de produção na economia mundial (GALEANO, 2007).

A plantação da cana-de-açúcar, trazida por Colombo, nas terras latinas foi responsável por grande parte da expansão do capital comercial europeu e, pode-se considerar que, essa primeira forma de latifúndio provocava a desigualdade nas colônias, pois suas plantações eram destinadas a outros países e retornavam, posteriormente, em forma de mercadoria com valores elevados.

Segundo Ferreira e Torres (2016, p. 479):

Esse cenário põe em evidência um elemento decisivo para o cerne da questão: como seria possível haver um desenvolvimento do capitalismo na América Latina equivalente aos países centrais, se a extração de minérios e a monocultura são destinadas a promover a acumulação primitiva de outras regiões, restando-lhe um progresso tardio?

O capitalismo começa a se estabelecer no continente latino-americano em meados do século XIX, época em que já se encontrava estruturado de forma plena nos países centrais. Portanto, o desenvolvimento “atrasado” da América não deve ser considerado como produto de uma evolução unilinear comum.

O fato das nações latino-americanas terem sido plasmadas a partir de sua inserção no mercado capitalista mundial, como economias mercantis produtoras de bens de exportação, evidencia que, embora subdesenvolvimento e desenvolvimento possam parecer processos independentes, são processos constitutivos de uma mesma lógica de acumulação capitalista em escala global, qualitativamente diferenciados e ligados tanto pelo antagonismo como pela complementaridade. O antagonismo e a complementaridade referem-se às contradições tão absurdas quanto reais, que conformam a força do conjunto do sistema sobre a desigualdade das partes que o formam. (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010, p. 151).

Portanto, a inserção da América Latina no capitalismo não possui a intencionalidade de fazê-la alcançar o desenvolvimento dos países centrais, pois devido às particularidades que moldaram seu início, enquanto país capitalista, sua estrutura política, econômica e social estariam para sempre dependentes do capitalismo desenvolvido (FERREIRA; TORRES, 2016).

Após a independência das colônias, as novas sociedades latino-americanas nascem tendo como características: a escravidão, a concentração de terras e a

produção com foco na exportação. Nas primeiras décadas do século XIX, o continente irá seguir a estrutura determinada pelo período colonial, através de sua integração aos interesses da Inglaterra no contexto da Revolução Industrial, produzindo e exportando bens primários em troca de manufaturas de consumo.

Para Paulo Netto (2013, p. 97) “[...] a supressão do estatuto colonial ocorreu no plano político, mas não no plano econômico, dada a continuidade da heteronomia”. Portanto, apesar de formalmente independentes, as nações latino-americanas desde o princípio não possuem autonomia acerca das decisões macroeconômicas.

Diante das evidências históricas da inserção periférica e tardia da América Latina no modo de produção capitalista, é possível abordar a gênese da política social neste continente, tendo como referência a perspectiva histórica e crítica adotada.

A política social se faz necessária nas sociedades capitalistas visto a necessidade de atenuar o conflito social próprio deste modo de produção, decorrente da luta operária. Assume um caráter contraditório ao ponto que se faz necessária para reprodução das relações capitalistas e, concomitantemente, é reivindicada pela classe trabalhadora no processo de ampliação de direitos. A função da política social ocorre na administração das expressões da questão social, de modo a gerar consensos e evitar alguma revolta que possa tornar o modo de produção capitalista inoperante.

Nos países centrais, a partir da dinâmica de trabalho no capitalismo monopolista, permeado de sofisticação tecnológica e ampliação da produtividade, ocorre um aumento expressivo do excedente econômico. Citando Baran e Sweezy, Paiva, Rocha e Carraro (2010) evidenciam que ocorrem disparidades entre o total produzido e o custo socialmente necessário dessa produção, o que passa a ser caracterizado como um problema para economia.

No capitalismo monopolista esse aumento torna-se um *problema* em virtude da incapacidade crônica de absorção do máximo de excedente efetivamente produzido, pois as formas clássicas de utilização do mesmo, quais sejam, o consumo e a acumulação capitalista, tornam-se incapazes de absorver produtivamente um excedente em crescimento constante, razão pela qual tem importância crucial o aproveitamento lucrativo do excedente de outras formas, de modo a abreviar as crises cíclicas do capitalismo. (BARAN; SWEEZY apud PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010, p. 158).

Uma das estratégias de aproveitamento desse excedente foi através de gastos com a proteção social com a ampliação de políticas sociais, administradas pelo Estado, sendo a intervenção deste indispensável para a continuidade do processo de acumulação.

O sistema de proteção social dos países centrais, denominado como *Welfare State*, emerge a partir dos conceitos trazidos pelo Plano Beveridge, que prevê:

a) responsabilidade do Estado na manutenção das condições de vida dos cidadãos através de um conjunto de medidas – regulação da economia de mercado no intuito de assegurar alto nível de emprego; responsabilidade pública com a garantia de serviços sociais universais (como habitação, assistência médica, etc.) como também a garantia de serviços sociais pessoais; b) universalidade dos serviços sociais; c) garantia de uma rede de serviços de assistência social (MISHRA apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 94).

Constata-se, no período de 1945 a 1970, uma grande expansão das políticas sociais, sendo que cada país adotou um padrão na implantação de seu plano de bem-estar social.

Esping-Andersen (1991, p. 108), evidencia três modelos de *Welfare State*. O primeiro modelo é caracterizado como liberal (residual), por adotar políticas focalizadas nos mais pobres:

[...] reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. Os benefícios atingem principalmente uma clientela de baixa renda, em geral da classe trabalhadora ou dependentes do Estado. Neste modelo, o progresso da reforma social foi severamente limitado pelas normas tradicionais e liberais da ética do trabalho: aqui os limites do bem-estar social equiparam-se à propensão marginal à opção pelos benefícios sociais em lugar do trabalho. As regras para a habilitação aos benefícios são portanto estritas e muitas vezes associadas ao estigma; os benefícios são tipicamente modestos. O Estado, por sua vez, encoraja o mercado, tanto passiva - ao garantir apenas o mínimo - quanto ativamente - ao subsidiar esquemas privados de previdência.

Tais medidas eram predominantes nos Estados Unidos, Canadá e Austrália, de acordo com o autor, buscavam com essa estrutura edificar:

[...] uma ordem de estratificação que é uma mistura de igualdade relativa da pobreza entre os beneficiários do Estado, serviços diferenciados pelo mercado entre as maiorias e um dualismo político de classe entre ambas as camadas sociais. (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 108).

O segundo modelo, predominado na Áustria, França, Alemanha e Itália, é classificado como conservador (corporativo), corporativista ao ponto que se relaciona

com o legado da igreja, adotando medidas voltadas para as famílias, como, por exemplo, o incentivo a maternidade, “[...] o que levaria o Estado a intervir apenas quando a capacidade da família se exaure”. (ESPING-ANDERSEN 1991, p. 109).

O terceiro regime é classificado como socialdemocrata, praticado por países do Norte Europeu, englobava políticas sociais universais que não focalizavam a pobreza, superando o modelo de igualdade apenas no nível das necessidades mínimas.

Independente do regime adotado, com políticas sociais mais ou menos abrangentes, todos os países capitalistas centrais viviam um período de expansão do sistema de proteção social, considerando suas particularidades e, ao mesmo tempo, a tendência econômica mundial ditada pela ideologia keynesiana do pleno emprego (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Na América Latina, as bases de implantação das políticas sociais são distintas, devido a sua particularidade enquanto economia dependente dos interesses do mercado externo, a geração do excedente econômico ocorre de outra forma no continente. De acordo com Paiva, Rocha e Carraro (2010), há entre os países centrais e os periféricos, uma troca desigual nas relações comerciais, onde a mais valia gerada na periferia é transferida para o centro, ocasionando uma perda de valor para a burguesia local, que também carecia de gerar lucros internamente. Como forma de superação deste impasse ocorre a superexploração do trabalho no continente latino americano, como mecanismo de geração de mais “mais valia”.

Eis que o excedente produzido na América Latina, portanto, fruto da mais-valia extraordinária que é acumulada através da superexploração da força de trabalho, é apropriado: a) pelo capital privado interno, ou seja, parte da mais valia gerada no interior da economia dependente, que permanece em solo nacional; b) pelo capital privado externo, ou seja, quando o capitalista estrangeiro é proprietário total ou parcial do capital produtivo e por esse motivo apropria-se total ou parcialmente da mais-valia gerada por seu empreendimento; c) pelo Estado, isto é, parte da mais valia gerada no interior da economia dependente é transferida ao poder público [...]. (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010, p. 161).

Em relação à parte do excedente incorporada, pelo Estado, se faz necessário elucidar que o Estado, desde sempre, esteve voltado a atender os interesses da burguesia, e tinha por objetivo preparar as bases locais para o movimento do capital, através do investimento em infraestrutura.

O período de expansão da industrialização nos países latino-americanos se inicia concomitante à implantação de ditaduras militares, sendo os principais objetivos do Estado ditatorial, reprimir as massas que solicitava mudanças, e promover os ajustes estruturais que se faziam necessários para integração das nações ao imperialismo mundial. Portanto, o Estado teve um papel fundamental na manutenção do desenvolvimento periférico e dependente nos países da América Latina (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010). E, mediante todas as tarefas que o Estado assumiu, para atender as necessidades da manutenção deste modo de produção, pouco restou do excedente a ser destinado à implantação de um sistema de proteção social.

Apesar do viés econômico que determina a viabilidade da existência de políticas sociais, através do excedente, há que se destacar também o viés político deste processo, que ocorre por meio das lutas dos trabalhadores. Principalmente, na América Latina, a luta de classes foi a principal motivadora da implantação das políticas sociais. E, conseqüentemente, o surgimento e a ampliação das políticas sociais no continente está associado a períodos de redemocratização de regimes políticos.

A partir deste processo de lutas, os países latino-americanos passaram a reconhecer em sua legislação alguns direitos sociais, através de sistemas de seguridade social pública, bem distinta dos modelos existentes na Europa. Contudo, buscava a “[...] garantia de assistência à saúde, aposentadorias, compensações por doença, maternidade e pela perda de emprego; bem como programas de benefícios familiares e de habitação, entre outros”. (SOARES, 2008, p. 805).

Apesar do reconhecimento de direitos sociais, o sistema de proteção nas nações latino-americanas possui características que marcam seu caráter restritivo, sendo algumas delas:

[...] má distribuição e a baixa cobertura dos programas sociais: o caráter predominantemente previdenciário (de seguro social) nos sistemas de proteção que exclui os não contribuintes ou os não vinculados formalmente ao mercado de trabalho; uma estratificação de beneficiários nas políticas de proteção social, segundo o valor das contribuições, que apenas reproduz as desigualdades preexistentes, não havendo, portanto, um caráter redistributivo na concessão desses benefícios; a ausência de proteção econômica em caso de desemprego; e sobretudo, um padrão de financiamento perverso – regressivo e insuficiente, entre outras. (SOARES, 2008, p. 805).



Devido a estas características, os sistemas de proteção social dos países latino-americanos assumem, em boa parte, um caráter suplementar e emergencial, por exemplo, através de programas assistenciais focalizados e restritivos.

Seja no centro ou na periferia, a política social emerge com a instituição da sociedade burguesa, através do reconhecimento da questão social e é, portanto, inerente ao modo de produção capitalista, pois se vincula ao conflito capital-trabalho.

Esta discussão traz subsídios para compreensão da história da política de saúde no Brasil, à luz das contradições que perpassam as sociedades capitalistas, em especial as nações latino-americanas, como a brasileira.

## **2.2 A Política de Saúde no Brasil**

As primeiras iniciativas de proteção social no Brasil ocorreram direcionadas ao âmbito do trabalho. Em 1923, através da Lei Eloy Chaves, instauram-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), configuradas em formato de seguro social, previam garantias básicas aos trabalhadores contribuintes, inicialmente incorporava as categorias dos trabalhadores marítimos ferroviários, pois na época a economia se concentrava na monocultura cafeeira para exploração (BEHRING; BOSCHETI, 2008).

As CAPs se transformam em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e nessa fase passam a contar com uma pequena contribuição do Estado em sua gestão, e posteriormente, através da unificação dos IAPs, consolida-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e amplia-se a participação do Estado na gestão dos sistemas de seguro social emergências no país (BEHRING; BOSCHETI, 2008).

As garantias concedidas aos trabalhadores vinculados ao INPS se resumiam em: aposentadorias, pensão por morte, auxílio funeral e atendimento à saúde (BEHRING; BOSCHETI, 2008).

No que tange ao acesso à saúde, neste período, o mesmo estava restrito aos trabalhadores que contribuía com a previdência. Aqueles que não faziam parte deste contingente se viam a mercê da medicina filantrópica e da caridade. Apenas em 1930, no governo Vargas, tem início as primeiras ações em direção à saúde

pública, por meio de campanhas sanitárias de prevenção e combate a endemias (SARRETA, 2009).

O cenário brasileiro passa por importantes mudanças através do processo de industrialização no início do século XX, a nova forma de intervenção do Estado e a ampliação da proteção social através da implantação de políticas sociais.

As iniciativas direcionadas à saúde encontravam-se centralizadas nas campanhas sanitárias e no combate às endemias, como a febre amarela e a malária, em 1937, devido à chegada de mão-de-obra e concentração da população nas cidades, foram realizadas ações para as áreas de endemias rurais.

No período entre 1945 a 1950 ocorre a tentativa de implantação da Política Nacional de Saúde, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que visava à realização de investimentos na Saúde Pública no período de 1940 a 1953. No entanto, sem sucesso a saúde da população brasileira continuou extremamente precária, com altos índices de doenças infecciosas, morbidade e mortalidade (BRAVO, 2008).

A iniciativa privada já estava se conformando desde 1950, contudo até 1964 não havia alcançado grande espaço, os atendimentos médicos eram oferecidos, na maioria dos casos pelos próprios IAPs, e a compra de serviços médicos era pouco significativa. Entretanto no contexto da ditadura militar, em 1964, este cenário é alterado e ganha destaque a iniciativa privada na saúde.

O golpe militar surge com a prerrogativa de restaurar a ordem social, política e econômica do país, impulsionado pelo embate à suposta ameaça de movimentos golpistas de esquerda. As medidas adotadas durante a ditadura militar, que durou 25 anos, exerceram grande impacto para conformação do viés privatista da saúde no Brasil (BRAVO, 2008).

A partir de 1966 a medicina previdenciária ganha destaque com a ampliação da cobertura, incorporando categorias profissionais que passaram a integrar os IAPs. Segundo Bravo (2008), esta ampliação foi um método estratégico para que não eclodissem reivindicações operárias, e através dessa ampliação a previdência acumulou reservas financeiras que foram utilizadas no financiamento da industrialização do país.

A saúde pública foi secundarizada, neste período, os recursos a ela destinados não chegavam a 2% do Produto Interno Bruto (PIB), a medicina previdenciária ampliou-se, ainda mais, abrangendo categorias como, trabalhadores

rurais, domésticas e autônomos. A iniciativa privada destacou-se através da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, o que provocou a ênfase na perspectiva médica curativa e especializada. Inúmeros financiamentos para construção e ampliação de hospitais particulares foram feitos com recursos advindos da Previdência Social. Concomitante à expansão dos hospitais privados, faculdades de medicina particulares foram construídas e direcionadas para formação distante da realidade brasileira, não se discutia a situação sanitária da população, e sim “[...] a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares”. (ESCOREL et al., 2005, p. 61).

O ano de 1974 marca o início do período de transformação da agenda militar. Em um cenário social totalmente desfavorável, devido às medidas de concentração de riqueza, que resultavam na total precarização das condições de vida da população; a insatisfação de grande parte da sociedade levou a retirada do apoio ao regime militar, e fortaleceu a rearticulação dos movimentos sociais, o que possibilitou a construção das bases para o desenvolvimento do movimento da RSB (CODATO, 2005).

Diante das críticas ao modelo político e social adotado, o regime militar buscou alternativas para amenizar a insatisfação da população com vistas a recuperar seu apoio. Para tanto, lançou mão de concessões como o fim da censura à imprensa e a legitimação de projetos sociais.

No âmbito da medicina, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) influenciavam a construção de conhecimentos e práticas sobre a saúde da população. Até a década de 1960, o movimento prevencionista se restringia a normatização da conduta médica, com uma atuação extremamente biologista, não interrogava os aspectos sociais envolvidos no processo de adoecimento. De forma gradual, através da expansão do movimento preventista nas faculdades de medicina, questionamentos acerca das práticas médicas curativas começaram a ser levantados (ESCOREL, 2005).

O surgimento do movimento sanitário, influenciado por tendências internacionais, como as críticas ao modelo positivista de Juan César Garcia, grande teórico de medicina social na América Latina, ao modelo positivista. E, a Conferência de Alma Ata que ocorreu em 1978, colocando em debate a construção de um novo paradigma para saúde mundial (OMS, 1978). Constituiu-se neste período o campo

teórico da Saúde Coletiva que confrontou com o modelo preventista liberal, através de uma perspectiva vinculada a correntes marxistas e estruturalistas, e que pretendia superar a centralidade nas concepções biológicas e ecológicas da saúde engendrada na teoria da Medicina Preventista.

Em 1976 o movimento sanitarista criou o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), e logo começou a publicar e divulgar suas ideias através da Revista Saúde em Debate que em suas linhas denunciava as iniquidades encontradas no modelo econômico social e no sistema de saúde privatizado.

Segundo Escorel (2005), as lideranças do movimento sanitário conseguiram adentrar na burocracia estatal através do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), pois não havia nomes dentro o setor ditatorial para ocupar este espaço institucional. Os sanitaristas souberam aproveitar este espaço e ocuparam cargos que possibilitaram apresentar propostas para transformação da saúde.

Em continuidade a este processo de transformação política, inicia-se em 1979, o governo de João Figueiredo, marcando o período de transição do regime ditatorial-militar para o liberal-democrático e, em resposta à crise da previdência social em 1981, cria-se o “pacote da previdência” (ESCOREL, 2005, p. 73). O pacote incluía medidas que afetavam diretamente a população, com a redução de benefícios dos aposentados e intervenção na assistência médica previdenciária, sendo esta considerada culpada pela crise, devido a altos gastos sociais.

Nesse contexto, a insatisfação da população se agravava e os movimentos políticos, sindicais e em especial o movimento da RSB, foram determinantes na luta pela democratização da sociedade, evidenciada no movimento “Diretas Já”, culminando na eleição de Tancredo Neves, que faleceu antes de assumir o posto dando lugar ao vice-presidente José Sarney, que assumiu a presidência do país (ESCOREL, 2005, p. 77).

Em 1986, como expressão dessa nova fase, é realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) que teve como eixos temáticos: saúde como direito inerente à cidade, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde (BRASIL, 1986). A 8ª CNS assume um papel fundamental para a consolidação do direito à saúde no Brasil, seu Relatório Final traz aspectos que apontaram para novas proposições em saúde e conformou a base do texto inserido na Constituição Federal de 1988 no que tange tal política. O Relatório Final foi formulado adotando a saúde como direito de todos e dever do Estado, o acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, e enfatizou as diretrizes da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (BRASIL, 1986, p. 10).

O principal evento institucional durante o período da chamada Nova República foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986, reunindo cerca de quatro mil pessoas para discutir a Reforma Sanitária a ser implantada pelo governo [...] enorme conflagração – ou mesmo confronto – de opiniões, realizado a partir da convocação de setores sociais até então marginalizados da elaboração e tomada de decisões da política de saúde, como sindicatos e organizações comunitárias de trabalhadores em todo o Brasil (LUZ, 1994, p. 138).

Evidencia-se, a partir desta análise, o início da participação da sociedade civil nas decisões da política de saúde. A importância da 8ª CNS na organização da saúde pública brasileira é irrefutável, seu Relatório Final conformou a base principal do Projeto de Reforma Sanitária, ao ponto que preconizava a universalização do acesso a saúde, sob a concepção da mesma, enquanto direito de todos e dever do Estado. Após ter sido amplamente discutido e legitimado na Conferência, algumas perspectivas do projeto da RSB foram formalizadas na Assembleia Constituinte e culminou com a aprovação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Apesar da legislação referente ao Sistema Único de Saúde ter sido aprovada em 1988, somente em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990) que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. (BRASIL, 1990, p. 1).

Acerca da RSB desde sua gênese houve diferentes concepções rumo a definição para seu projeto, sendo que um caminhava em uma direção de cunho mais revolucionário e outra em perspectiva reformista. Segundo Silva (2014, p. 161):

[...] uma concepção que tinha a RSB como projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo e a outra, que defendia a democratização do Estado sob os limites do capital, numa perspectiva social democrática, ou mesmo numa racionalidade política emancipatória.

A autora reflete que, na década de 1980, o referencial teórico que sustenta a luta da RSB está embasado na tradição marxista, em especial através das ideias de Gramsci, contudo, ocorrem algumas influências teóricas que dividem o pensamento que direciona o movimento. Dessa forma, o marxismo passa a ser questionado enquanto teoria predominante no interior da RSB e outros autores passam a ser referenciados enquanto possíveis teorias politicamente comprometidas com a mudança social. Silva (2014) destaca alguns dos autores incorporados, como Jürgen Habermas, Boaventura de Sousa Santos e Anthony Giddens.

Apesar da criação do SUS ter se configurado como um grande avanço, alguns dos aspectos apontados no Relatório Final da 8ª Conferência não foram igualmente evidenciados.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. **É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.** (BRASIL, 1986, p. 4, grifos nossos).

A partir desse trecho, pode-se inferir que a garantia da saúde pressupõe uma revisão da forma de organização do modo de produção, o que não é possível ocorrer apenas através da implantação de um Sistema Único de atenção, sem reduzir a importância da existência do Sistema Único para acesso da população aos cuidados de sua saúde. A RSB não pode se resumir à criação e efetivação do SUS, pois este não representa o alcance do projeto original do movimento.

[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar Reforma Sanitária. (BRASIL, 1986, p. 2).

O projeto original da RSB compreende a saúde com um conceito que se define “[...] no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas”. (BRASIL, 1986, p. 4). Não há dúvida de que apenas parte das proposições realizadas pelo movimento foi legitimada. No entanto, até esse alcance parcial através das garantias contidas fundamentalmente na Lei Orgânica da Saúde

(BRASIL, 1990) ficou permeada por ameaças devido à implantação do projeto neoliberal no Brasil, a partir da década de 1990.

Neste momento de implantação do SUS, ocorre em 1989, o Consenso de Washington que impõe uma série de medidas direcionadas aos países latino-americanos, para saírem da crise. A partir desse momento é implantado no Brasil, através do governo de Fernando Collor de Mello, o receituário neoliberal. Associado ao discurso de modernizar o país, são estabelecidas medidas de disciplina fiscal, responsabilizando o Estado pelo controle da dívida pública e a geração de superávit primário, assim como, pelo socorro aos bancos e aos setores produtivos quando estes se encontrarem em crise e fomentando a privatização de empresas e serviços estatais. Todas essas medidas determinam a intervenção do Estado para garantir o bom funcionamento do mercado. A implantação da agenda neoliberal no Brasil confronta com as garantias de direitos conquistados na Constituição Federal em 1988, portanto, a implantação da agenda neoliberal se dá em detrimento da efetivação das políticas de proteção social, e da saúde (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Como consequência da adoção do neoliberalismo, evidencia-se uma drástica redução nos gastos sociais do país, que acarreta no desmantelamento da proteção social com políticas focalizadas, adoção de estratégias, como o empreendedorismo, que responsabiliza o indivíduo pela sua situação de vulnerabilidade. Assim instaura a desarticulação das redes de serviços sociais, o fortalecimento do estilo patrimonialista e clientelista na administração da política pública.

As políticas de ajuste fiscal desenvolveram-se ao longo da década de 1990. Apesar do enfraquecimento das lutas sociais, evidencia-se a força do movimento formado majoritariamente por estudantes, que foi capaz de causar o impeachment de Collor, em 1992. As medidas iniciadas no governo Collor intensificam-se no governo de Fernando Henrique Cardoso, principalmente no que se refere às privatizações. Através do ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, é criado o documento intitulado Plano Diretor da Reforma do Estado, que propunha uma administração gerencial em substituição a administração pública, pois, em sua análise, esta última era responsável pela crise (COSTA, 2006).

Dessa forma, assiste-se no governo de Fernando Henrique Cardoso a transferência do controle estatal para a iniciativa privada, com a privatização de

empresas estatais e transferência da responsabilidade do Estado na área social para a sociedade civil.

Os postulados neoliberais na área social são basicamente os seguintes: o bem-estar social pertence ao âmbito do privado (suas fontes “naturais” são a família, a comunidade e os serviços privados). Dessa forma, o Estado só deve intervir quando surge a necessidade de aliviar a pobreza absoluta e de produzir os serviços que o setor privado não pode ou não quer fazê-lo. Propondo, portanto um Estado de beneficência pública ou assistencialista, no lugar de um Estado de Bem-Estar Social. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los por meio da ação estatal, em como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais são abolidos no ideário neoliberal. (SOARES, 2001, p. 44).

No âmbito da saúde verifica-se o incentivo, por meio de diversas ações, à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, como: a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; o rompimento com o princípio da universalidade, através do sub-financiamento do sistema que prevê assistência mínima aos que não podem pagar o acesso a saúde; e a terceirização dos serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico, através da contratação de prestadores privados (BRAVO; MATTOS, 2004).

Agrava-se, portanto, a disputa entre o modelo de saúde privatista neoliberal – sustentado em uma “democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos”, devido a medidas de contenção de gasto sociais, privatização e minimização do Estado – e o modelo da Reforma Sanitária – fundamentado na “[...] democracia de massas, com ampla participação social” em defesa da democratização, a universalização e do controle social (BRAVO; PEREIRA, 2007, p. 198-199).

Em 2002, ano da eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o cenário econômico do Brasil era crítico, com alto índice de inflação e aumento da dívida externa, no campo social o país enfrentava as consequências da adoção da agenda neoliberal. Foi lançada grande expectativa de mudança com a eleição do presidente Lula, esperava-se a implantação uma nova agenda de governo, com maior participação do Estado no desenvolvimento econômico e social do país (BRAVO, 2008).

Com histórico de militância sindicalista, Lula foi o primeiro presidente operário, e era visto como ícone representante da classe trabalhadora. Ao ponto de elegê-lo, o povo demonstrou sua ânsia por mudança, sua insatisfação com o rumo conservador que o país percorria até então, contudo, essa expectativa não foi



alcançada da maneira que se previa. O primeiro governo de Lula (2003-2006) é marcado pela continuidade das estratégias econômicas neoliberais, e o endossamento de estratégias sociais focalizadas (FAGNANI, 2011).

No que tange à saúde, também havia expectativa de fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, porém, o que se viu foi a continuidade da polarização entre público e privado. Desta forma, evidencia-se a convivência da inovação com a continuidade. Os aspectos de inovação são ressaltados por Bravo (2008, p. 16):

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Percebe-se, a preocupação em representar o Projeto da Reforma Sanitária através de secretarias e lideranças. No entanto, o compromisso com os princípios desse projeto não foi adotado, permanecendo evidente a lógica da privatização; através de isenções fiscais das empresas que contratam planos de saúde para funcionários e das entidades filantrópicas, das propostas de prestação de serviços por Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil Pública (OSCIPS), e gestão pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (MOREIRA, 2013).

A pesquisa de Ravagnani (2013) demonstra que estas prestadoras de serviços surgem a partir da implantação do Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995, com a finalidade de delegar ao setor privado a execução dos serviços públicos, e deixar para o Estado as funções de coordenar e financiar as políticas públicas. A transferência de serviços apresenta inconstitucionalidades.

No que se refere à saúde, a transferência de serviços encontra impedimento legal na Constituição (Art. 199) e na Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/90 (Art. 24), onde é permitida a participação em caráter complementar, mediante contrato ou convênio, somente quando esgotada a capacidade e disponibilidade de atendimento pelo SUS. (RAVAGNANI, 2013, p. 50).

Dessa forma, se expressa o projeto privatista, vinculando a saúde ao mercado e agindo de forma incoerente aos dispositivos legais constitucionais. Este cenário vem se acentuando com adoção de medidas neoliberais, como a terceirização dos

serviços e a focalização das políticas nas classes mais empobrecidas. A grande ameaça que permeia a saúde pública é a efetivação do SUS como espaço destinado àqueles que não têm acesso ao sistema privado, esta segmentação contradiz todos os princípios, que a duras penas, foram conquistados em 1988.

No cenário brasileiro contemporâneo, observa-se um ataque inédito das forças neoliberais, fundamentalmente após a tomada de poder do Governo Dilma em 2016. Medidas até então nunca aprovadas, em direção ao desmonte das conquistas sociais, a exemplo da reforma trabalhista e lei de apoio à terceirização, ganharam ênfase no Governo de Michel Temer, ao ponto de serem aprovadas. Além

O desafio atual é fortalecer a luta popular contra as medidas recentemente efetivadas a favor do capital. No contexto da saúde, o momento é de retomada da força de luta do Projeto de Reforma Sanitária, por meio da recuperação de seus princípios e valores originais.

**CAPÍTULO 3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E PROJETO ÉTICO  
POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL**

“O nosso Plano é a saúde pública estatal e universal.” (CFESS MANIFESTA, 2017).

### 3.1 Questão Social e Determinação Social da Saúde

A inserção do debate acerca da questão social no âmbito do Serviço Social data da década de 1980, e deve ser compreendida a partir do contexto do processo de ruptura iniciado a fim de superar o traço conservador que permeia a profissão, e à luz da aproximação da categoria profissional com a teoria social marxista. Segundo Closs (2015), merecem destaque os estudos realizados nesse sentido por Iamamoto e Carvalho.

Analisar criticamente a gênese do Serviço Social pressupõe evidenciar que a profissão se encontra historicamente fundamentada no surgimento da questão social. Para isso, é necessário superar a explicação endógena da profissão, que se traduz em uma visão restrita e acrítica.

Em primeiro lugar, para garantir uma sintonia do Serviço Social com os tempos atuais, é necessário romper com uma visão endógena, focalista, uma visão 'de dentro' do Serviço Social, prisioneira em seus muros internos. Alargar os horizontes, olhar para mais longe, para o movimento das classes sociais e do Estado em suas relações com a sociedade; não para perder ou diluir as particularidades profissionais, mas, ao contrário, para iluminá-las com maior nitidez. Extrapolar o Serviço Social para melhor apreendê-lo na história da sociedade da qual ele é parte e expressão. É importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do Serviço Social, como precondição para que se possa captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades e descobrir alternativas de ação. (IAMAMOTO, 2005, p. 20).

É fundamental para a categoria profissional, realizar o resgate histórico da sociedade em que se insere, em uma perspectiva crítica, evidenciando todas as contradições que a permeiam e, assim, obter o entendimento da relação existente entre a questão social e a profissão.

A construção da sociedade capitalista se fundamenta na contradição entre capital e trabalho. Isso significa que a manutenção deste modo de produção ocorre a partir da exploração do trabalho do homem detentor dos meios de produção, sobre o homem que vende sua força de trabalho, e da apropriação da mais-valia gerada a partir dessa relação. Esta é a condição fundamental para a reprodução da sociedade capitalista, sem a qual sua existência não é possível.

A questão social encontra-se enraizada neste contexto, tem a partir dessa contradição sua gênese. Pois, partindo dessa dinâmica, a riqueza será socialmente produzida, contudo, sua apropriação é desigual de modo que o trabalhador não

usufrui das riquezas que ele mesmo produziu, e tem como único meio de sobrevivência a venda da sua força de trabalho, essa condição desencadeia um acesso desigual aos meios que determinam as condições de vida (CLOSS, 2015).

A classe trabalhadora, diante das imposições deste modo de produção, adota uma postura de resistência e de luta frente à subalternização conferida. Seu movimento reivindica o reconhecimento de seus direitos sociais, políticos, econômicos e culturais.

[...] a questão social é uma categoria explicativa da totalidade social, da forma como os homens vivenciam a contradição capital – trabalho. Ela desvenda as desigualdades sociais, políticas, econômicas, culturais, bem como coloca a luta pelos direitos da maioria da população, ou, como os homens resistem à subalternização, à exclusão, e à dominação política e econômica. (MACHADO, 1998, p. 44).

A necessidade de administração do contexto de agravamento das mazelas sociais, e dos conflitos entre a classe proletária e a burguesia, culmina na gênese da Política Social. Como analisado no capítulo anterior, as políticas sociais assumem um caráter dual, pois atendem a classe trabalhadora e a burguesia concomitantemente. Essa dinâmica se dá devido às concessões do Estado no âmbito das políticas sociais possuírem um caráter de controle, ao ponto que atende à algumas reivindicações da classe trabalhadora, se torna capaz de gerar consenso e atenuar o conflito de classes. Busca-se criar uma igualdade ilusória que esconde a condição de dominação e exploração inerente ao modo de produção capitalista, estabelecendo, dessa forma, as condições adequadas para manutenção desta sociabilidade.

É neste contexto que o Serviço Social se insere, em meio ao antagonismo dos interesses entre as duas classes sociais fundamentais – burguesia e proletariado, assumindo a função de executor das ações sociais destinadas à população pauperizada.

Esta compreensão crítica da gênese do Serviço Social enquanto categoria profissional se inicia a partir do início da década de 1960, e se fortalece com o chamado Movimento de Reconceituação Latino-Americano.

Ocorre a partir desse período um questionamento da profissão acerca de sua formação, de seus fundamentos, finalidades e compromissos éticos e políticos, em busca de um Serviço Social latino-americano que superasse a importação de teorias e métodos alheios à história que lhe é própria (BRAVO, 2009).

Segundo a autora referenciada, inicialmente o Movimento de Reconceituação embasou-se em teorias desenvolvimentistas na articulação desses questionamentos, e só a partir de 1971 aproximou-se da tradição marxista, contudo ainda de forma superficial, sem uma análise aprofundada de suas obras.

A aproximação do Serviço Social com essa tradição foi materializada no documento Método de Belo Horizonte. O documento visava realizar uma crítica ao legado teórico conservador presente no Serviço Social a partir de premissas marxistas, apesar de se ter realizado uma apreensão do marxismo com equívocos, o documento é reconhecido por ter avançado em relação às elaborações teórico-políticas no campo profissional (PAULO NETTO apud FAERMANN, 2016).

O contexto da construção do Método BH foi de resistência às tendências e demandas postas pelo cenário da ditadura militar iniciada em 1964, que propunham uma atuação embasada nos aportes advindos do estrutural-funcionalismo norte-americano. No entanto, a difusão das ideias destes grupos de resistências não foi possível à época devido à forte repressão do regime militar (BRAVO, 2009).

A partir de 1974, as dificuldades encontradas pelo regime militar em impor e consolidar sua hegemonia, dentre outros fatores, favorecem o início da distensão política. Começam a se fortalecer os movimentos pela redemocratização do país, tais mobilizações que ocorriam na sociedade civil repercutiram também na categoria profissional do Serviço Social.

Tendo como pano de fundo este cenário, em setembro de 1979 ocorre o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (BRAVO, 2009), conhecido como Congresso da Virada. Isto porque durante sua realização promoveu mudanças nas pautas e na estrutura do evento, tendo como motivação questionamentos à tradição conservadora e a latente iniciativa de traçar uma nova direção a profissão.

A partir do Congresso da Virada, firmou-se no interior da profissão o compromisso com a ruptura do conservadorismo e a clara posição da categoria na defesa da classe trabalhadora. Ocorre, neste contexto o: “[...] aprofundamento teórico-metodológico da profissão e a ampliação da produção acadêmica à luz de suportes teóricos apropriados das fontes clássicas da teoria social, com exigências intelectuais rigorosas.” (BRAVO, 2009, p. 690).

O grande exemplo deste amadurecimento ocorre com a produção de Lamamoto e Carvalho (1982), que contemplou a discussão acerca do significado

social da profissão inserida no modo de produção capitalista e sua relação com a produção e reprodução desta forma de sociabilidade.

Os órgãos representativos da profissão também passaram por transformações que visaram sua construção de forma democrática. Após esse avanço na formação das entidades representativas, as mesmas iniciaram um processo de redefinição da legislação que regulamenta a profissão, bem como a reformulação do Código de Ética Profissional, buscando sistematizar nesses documentos a emergente direção da categoria ligada aos interesses da classe trabalhadora.

O Código de Ética de 1986 (CFESS, 1986) representa a ruptura com os Códigos anteriores, formulados a partir da tradição conservadora, no entanto apesar de sua importância ser reconhecida, o mesmo trazia alguns conteúdos que geraram a necessidade de sua atualização.

[...] identifica-se subjacente ao Código de 1986 uma velha armadilha já denunciada por Lukács: uma ética de esquerda e uma epistemologia de direita. A interpretação teórica era precedida por uma análise dualista, de corte positivista, com uma intencionalidade política de compromisso com a classe trabalhadora e com a ultrapassagem do ordenamento social instituído. Identifica-se uma linguagem mais próxima da militância do que de um trabalho profissional. (IAMAMOTO, 1996 apud BRAVO, 2009, p. 695).

Portanto, no interior da profissão havia a preocupação com uma nova readequação do Código de Ética. Nesse sentido, ocorrem diversos encontros promovidos pelas entidades representativas para o debate acerca da ética profissional, e em fevereiro de 1993 através do XXI Encontro Nacional CFESS/CRESS é aprovado o atual Código de Ética (CFESS, 1993). O mesmo manteve os princípios do antecessor, e avançou “[...] nos fundamentos teórico-metodológicos e éticos, bem como na sua operacionalização no cotidiano profissional”. (BRAVO, 2008, p. 696). Além do novo Código de Ética de 1993 a Lei de Regulamentação da Profissão, do mesmo modo, passou por modificações que promoveram maior clareza acerca das competências e atribuições privativas do assistente social.

A partir das transformações ocorridas desde o início do Movimento de Reconceituação, o Serviço Social constrói seu Projeto Ético-Político Profissional, traçando a direção pela qual a categoria deve caminhar para garantir coerência em sua atuação.



Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (PAULO NETTO, J, 2009, p. 4).

Ressalta-se que o projeto profissional hegemônico endossado pelo Serviço Social caminha na contramão do cenário que lhe é imposto cotidianamente nos espaços sócio ocupacionais. Essa tensão vem se acirrando gradualmente frente às ofensivas do projeto neoliberal, que tem buscado realizar em ritmo acelerado o desmonte dos direitos sociais conquistados através de lutas populares.

A busca pela consolidação do Projeto Ético-Político da profissão deve ser uma constante na atuação da categoria nos diversos espaços de trabalho, para isso o compromisso com a formação profissional e com a prática reflexiva deve se fazer presente.

Uma dupla armadilha pode envolver a análise da questão social quando suas múltiplas e diferenciadas expressões são desconectadas de sua gênese comum, desconsiderando os processos sociais contraditórios, na sua dimensão de totalidade, que as criam e as transformam.

A primeira armadilha é a pulverização e fragmentação das questões sociais, atribuindo unilateralmente aos indivíduos singulares a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classes de sua responsabilidade na produção das desigualdades sociais [...].

Outra armadilha a ser evitada é a difusão de um discurso genérico e uma visão unívoca e indiferenciada da questão social, prisioneira das análises estruturais e segmentadas da dinâmica conjuntural, da vida e da luta dos sujeitos sociais [...]. (IAMAMOTO, 2012, p. 48-50).

No atual cenário, diversas frentes se apropriam do termo “questão social”, no entanto, na maioria das vezes não há a preocupação em fundamentar tal conceito através de uma matriz teórico-crítica, ficando o mesmo distante do debate acerca da realidade que o originou. Nas diversas áreas de atuação, o profissional deve manter uma prática reflexiva e atenta, antes de incorporar ações e conceitos em seu cotidiano.

A atuação do assistente social na saúde possui um longo percurso, tendo passado por diversas fases que refletem o amadurecimento da profissão em cada época, bem como, a conformação da saúde no país em cada período histórico.

Vasconcelos, Kathleen (2013a) analisa a inserção do Serviço Social na Saúde trazendo aspectos que apontam as primeiras demandas da profissão nesta área. Para a autora, ainda em um contexto de prática biomédica, o assistente social era chamado a atuar nos programas de educação em saúde, que tinham por objetivo realizar orientações e esclarecimentos a comunidade acerca de comportamentos considerados preconceituosos.

A ampliação da atuação profissional no âmbito da saúde se inicia em 1945, ano que se expandiu de forma geral no país, devido a conjuntura de aprofundamento das mazelas sociais produzidas pelo capitalismo e ao contexto internacional do pós-segunda guerra mundial. A partir desta data a absorção de assistentes sociais na saúde cresceu significativamente, tornando-se a área que mais demandava a profissão. Segundo Bravo (2006), a partir de 1948, com a incorporação dos aspectos chamados biopsicossociais, o campo da saúde requisitou maior contingente de profissões, no qual se inseriu o Serviço Social.

A formação das equipes multidisciplinares ganha ênfase, neste período, sendo alguns de seus objetivos “[...] ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social”. (BRAVO, 2006, p. 3). Neste âmbito, os assistentes sociais assumiram atividades educativas, incumbidos de realizar orientações em relação aos hábitos de higiene e saúde à comunidade, como analisado anteriormente.

Antes da criação do SUS, na época em que a atenção médica era organizada pela previdência social, a categoria profissional se fez presente atuando nos hospitais e ambulatórios por meio de uma prática seletiva, dado o caráter excludente do modelo de atenção vigente na época, garantindo o acesso à saúde somente aos trabalhadores contribuintes, neste cenário o:

[...] assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO, 2006, p. 3).

Vasconcelos, Kathleen (2013a) pondera que as ações incorporadas pelo Serviço Social neste cenário se circunscrevem em uma atuação sobre as contradições do sistema excludente em tela, visando atenuar conflitos e, deste

modo, colaborava para a consolidação da hegemonia do projeto societário capitalista, além de favorecer a manutenção do modelo biomédico.

É importante ressaltar que o exercício profissional, neste contexto, assumia um caráter conservador e era pautada por práticas de cunho terapêutico que identificavam a questão social como mero desajustamento. Essas definições construídas pela profissão eram influenciadas por tendências norte-americanas na construção do suporte teórico-científico, filosófico e técnico (ANDRADE, 2008).

Até o ano de 1975 os assistentes sociais atuaram prioritariamente nos hospitais e ambulatórios, ou seja, em nível curativo, até esta data não integravam as equipes dos centros de saúde, para explicar tal constatação Bravo (2006) apresenta algumas hipóteses. A primeira hipótese refere-se à ampliação da assistência hospitalar na época, o que demandava forte atuação do assistente social diante das contradições postas pelo modelo excludente, devido ao modelo excludente. No âmbito dos centros de saúde havia a presença de profissionais denominados visitantes, estes acabavam desenvolvendo atividades que “supriam” a necessidade do assistente social.

Seguindo a análise realizada por Bravo (2006), o denominado Serviço Social médico atuava com as práticas do Serviço Social de Casos, seguindo orientações da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais. Estas práticas assumiam um cunho de atendimento individualizado que tinham por prioridade o engajamento do cliente no tratamento, essa tendência também se configura em uma hipótese para explicação da atuação profissional centrada no nível curativo até 1975.

O cenário configurado a partir da imposição do sistema ditatorial, que se inicia em 1964, requisitou do Serviço Social uma nova postura, traçada pela perspectiva modernizadora, mediante a direção repressiva e controladora próprias desse sistema de governo. Ainda sob influência do estrutural-funcionalismo norte-americano, o foco foi construir uma moldura metodológica e teórica para a profissão.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. (BRAVO, 2006, p. 6).

Diante do breve resgate histórico acerca da atuação da profissão no âmbito da saúde, já é possível evidenciar que a mesma assumia uma postura acrítica diante da realidade apresentada, por meio de práticas que visavam subsidiar o protagonismo médico, sem questionamentos do modelo biologicista. A partir do amadurecimento vivenciado pela categoria, propiciado pela construção de seu Projeto Ético Político, e também através das novas possibilidades de atuação trazidas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrem transformações na prática profissional. No entanto, é importante ressaltar que algumas práticas conservadoras presentes no período da atenção à saúde previdenciária, persistem até a atualidade, e vem sendo requisitadas pelo projeto privatista, como será analisado adiante.

O Movimento de Reconceituação, a partir da década de 1960, buscou a ruptura com a prática do Serviço Social tradicional, e teve como resultado a definição da direção política e ideológica da profissão, calcada no compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora com vistas à construção de uma nova ordem societária.

Na mesma época em que o Serviço Social passava por este processo de renovação e amadurecimento teórico, o país encontrava-se em um momento de grande efervescência política, pelo fim da ditadura militar e redemocratização, como analisado anteriormente. Dentre as mobilizações da época, destaca-se a força do movimento de Reforma Sanitária, que traçava uma nova compreensão do conceito de saúde, direcionado pela teoria da Determinação Social da Saúde e que lutou pela universalização do acesso a saúde, compreendendo que este era direito de todos e um dever do estado.

O Serviço Social recebia as influências dessa conjuntura de luta política, contudo, neste momento, a preocupação central da categoria era a disputa pela nova direção a ser dada a profissão, por esse motivo não foi identificada uma participação diretamente ligada ao movimento pela Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2006). A profissão no âmbito da saúde permaneceu em um contexto de prática conservadora, não incorporando a luta pela ruptura com conservadorismo, nem o movimento sanitarista.

A ação do Serviço Social na saúde continuou por todo período como sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares. O surgimento do Movimento Sanitário não teve repercussões nos assistentes sociais

vinculados a área. Do mesmo modo o processo organizativo e o aprofundamento teórico da profissão na direção da intenção da ruptura não influenciou o Serviço Social na saúde nem no nível do discurso, predominando a vertente modernizadora. (BRAVO, 199 apud KRUGER, 2010, p. 126).

Na década de 1980 ocorre a aproximação do Serviço Social com a tradição marxista, principalmente, no âmbito da Universidade. E, a atuação e intervenção permanecem até a década de 1990 com reflexos incipientes desse amadurecimento teórico-crítico, constatados pela desarticulação da categoria com o Movimento da Reforma Sanitária, e pouca produção em relação à demanda do Serviço Social no âmbito da Saúde (CFESS, 2010).

O debate da RSB não reivindicava somente a criação de um sistema de saúde universal, mas sim uma nova visão do conceito de saúde, embasado no conceito da Determinação Social da Saúde define alguns aspectos dessa visão.

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo. (AROUCA, 1987, p. 36).

Observa-se que a proposta da RSB não se cumpriu em sua totalidade, o que apresenta a necessidade da retomada de seus fundamentos na defesa do direito a saúde. A garantia da saúde, compreendida em sua dimensão mais profunda, apenas pode se concretizar se sua Determinação Social for deveras reconhecida no discurso e na prática de saúde.

Isso significa incorporar nas pautas já existentes de defesa e busca pela efetivação do SUS, o debate capaz de “[...] recompor o bloco histórico que fez avançar o projeto da RSB”. (MOREIRA, 2013, p. 130), qual seja a discussão da perspectiva pela qual se enxerga a saúde. Através da incorporação do conceito da Determinação Social da Saúde:

Abrem-se os horizontes à possibilidade de busca pela garantia do direito à saúde, como bem universal, como direito humano a “um bem viver”, em um mundo e uma organização sustentável, que propicie ao ser humano

desenvolver o máximo potencial dentro das possibilidades conquistadas pelo gênero humano. (MOREIRA, 2013, p. 129-130).

O conceito reconhece a questão social tal como é compreendida pelo Serviço Social, ou seja, como elemento que expressa a contradição capital-trabalho, inerente ao modo de produção capitalista, pelo qual ocorrem suas diversas manifestações. Este é o ponto de partida para compreensão da desigualdade em saúde. Sendo assim, considera-se acrítica a concepção que visa explicar a desigualdade em saúde desvinculada de sua fundamentação, ou então, que partam apenas das expressões da questão social com a tendência de naturalizá-las.

A luta pela efetivação da saúde, através da consolidação do SUS e demais políticas que visam garantir o acesso à mesma, é legítima e deve fazer parte do exercício profissional do assistente social, contudo, há que se reconhecer os limites de tais garantias, e concomitante a esta luta promover o discurso contra hegemônico, tendo como horizonte a construção de uma nova sociabilidade.

Como já discutido anteriormente, no Capítulo 1 deste estudo, o debate acerca dos DSS busca compreender os aspectos sociais imbricados no processo saúde-doença, no entanto, desarticulado da adoção de uma categoria explicativa que de conta de explicar a essência das iniquidades em saúde. Em contrapartida, analisou-se que o conceito da Determinação Social da Saúde, articulado através do debate da MS e SCL, traz em si similaridades com a direção do projeto profissional do Serviço Social no que tange ao questionamento das bases estruturais da sociabilidade vigente. E, sobretudo, a clareza de que a questão social não pode ser superada sem que ocorra a construção de uma nova ordem societária, “[...] sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero”. (CFESS, 2012, p. 24).

### **3.2 Desafios do Serviço Social na Saúde**

Retomando o cenário da consolidação do acesso a saúde por meio da Constituição Federal de 1988, destarte sua garantia legal, o progresso das ideias trazidas pelo movimento da Reforma Sanitária, bem como, os direitos recém-conquistados, se veem ameaçados diante de um novo projeto econômico que se consolida no Brasil, o projeto neoliberal. A consolidação do neoliberalismo no país percorre uma direção contrária aos avanços conquistados no âmbito das políticas

sociais, e da política de saúde, através do endossamento de iniciativas privadas no âmbito desta política.

O cenário em que se insere a saúde localiza-se em meio a duas correntes que representam interesses contraditórios, denominados por Bravo (1998) como projeto privatista e projeto da reforma sanitária. Tal conjuntura influencia a inserção do assistente social na saúde, apresentando diferentes demandas para atuação deste profissional.

Para Yamamoto (2012), a organização social capitalista insere diversas armadilhas no cotidiano profissional que devem ser objetos de atenção. E é com essa perspectiva que o assistente social deve enxergar as contradições postas no seu cotidiano profissional.

Segundo o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (CFESS, 2010, p. 26) os profissionais são direcionados pelo projeto privatista a trabalharem: “[...] a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”.

E, em contrapartida, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como principais demandas do serviço social na saúde questões como: “[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular”. (CFESS, 2010, p. 26).

No que concerne ao posicionamento do Serviço Social, diante das demandas expostas, sabe-se que há uma estreita relação entre o Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma Sanitária, através da afinidade entre os princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas. Portanto, para uma atuação condizente com as orientações éticas da profissão e que realmente alcance o cerne da problemática da saúde e o fortalecimento do compromisso com a classe trabalhadora, se faz necessário ser coerente com princípios pautados originalmente pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Observam-se como limites da prática profissional no campo da saúde, a forte presença da perspectiva conservadora, que se manifesta na descrença da saúde, enquanto política pública universal, na necessidade da construção de um saber específico e fragmentado a exemplo da prática médica, na auto representação dos

assistentes sociais enquanto sanitaristas após realizarem a formação em saúde pública, e na intervenção fenomenológica denominada Serviço Social Clínico (CFESS, 2010).

Além disso, a atuação do assistente social somente é considerada, em geral, no atendimento direto ao usuário em nível de assistência, sendo desprezada na assessoria, planejamento e cargos de gestão.

As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais. (CFESS, 2010, p. 28).

Para uma atuação profissional coerente a categoria deve levar em conta o conceito ampliado de saúde, não mais compreendida como ausência de doença, mas sim fruto das relações sociais com o meio físico, social e cultural. Dessa forma, o agir profissional deve superar a perspectiva biologista e distanciar-se de práticas paramédicas e da fragmentação do conhecimento, pois o trabalho com os aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença exige o conhecimento e a visão generalistas, que trabalhem com o sujeito em sua totalidade.

Vasconcelos, Ana Maria (2006) destaca que frente às propostas trazidas pelo receituário neoliberal, há a necessidade premente de uma crítica radical e prática transformadora da categoria profissional.

Assim, aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper - através do trabalho e das relações sociais -, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar. (VASCONCELOS, A. M., 2006, p. 2).

Ainda, o direcionamento da profissão para atuar na saúde, através do exercício coerente com os apontamentos ético e políticos construídos pela categoria profissional.

Esta direção pressupõe:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; f



- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; *f*
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 18-19).

Fica evidente a contribuição do trabalho do assistente social no arsenal da saúde, sua preocupação central deve ser a identificação dos impasses existentes para a efetivação do projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético Político Profissional. Ou seja:

[...] o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar — pelos caminhos os mais tortuosos — a integralidade das ações. (COSTA, 2006, p. 39).

A atuação profissional do assistente social na saúde, evidenciada por Vasconcelos, Ana Maria (2006), Bravo e Matos (2006) e Costa (2006), mostra que as atividades possíveis possuem capacidade de efetivação de direitos em uma perspectiva política e transformadora. Sobretudo, é possível dar respostas à realidade, que visem ir além das demandas institucionais postas cotidianamente. No entanto, para que ocorra essa superação o compromisso profissional pactuado através do Código de Ética Profissional deve se fazer presente no trabalho.

Vasconcelos, Ana Maria (2006) empreendeu um estudo que buscou identificar a relação existente entre o projeto profissional hegemônico na categoria e a prática efetivamente realizada cotidianamente.

A pesquisa mostrou que há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais, os quais, direta ou indiretamente, tomam como referência o projeto ético-político, e as possibilidades de prática contidas na realidade, objeto da ação profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da realidade, fruto de uma conexão sistemática – ainda não existente – entre a prática profissional e o debate hegemônico na categoria. (VASCONCELOS, A. M., 2006, p. 4):

O abismo existente entre a construção teórico realizada pela categoria e sua prática efetiva é, portanto, uma realidade no campo da saúde e demais espaços sócio ocupacionais da profissão. Assim, a atuação do assistente social tem ficado à margem daquilo que poderia ser, e muitas vezes, não tem representado o compromisso com o fortalecimento da classe trabalhadora, mas o contrário disso, contribuindo com a manutenção do projeto de sociabilidade capitalista hegemônico.

Sabe-se que a efetivação de uma prática crítica traz consigo diversos desafios frente à realidade institucional na qual o profissional se insere, pois este também precisa prover sua sobrevivência através da venda de sua força de trabalho. No entanto, tal condição não impede que o profissional crie estratégias para efetivação de uma prática coerente, a qual faz parte das possíveis estratégias a serem adotadas. Tal como, a articulação com as demais profissões que apresentam projetos profissionais coerentes, para a concentração de forças a favor da garantia de direitos dos usuários, bem como, a utilização da legislação que regulamenta a profissão, do Código de Ética, como subsídios para defesa do trabalho na saúde.

Todavia, acredita-se, que no campo da saúde, para que haja a intencionalidade e iniciativa da adoção de uma prática dotada de radicalidade frente às ameaças promovidas no contexto neoliberal, se faz necessário, primeiramente, a adoção de uma postura frente às concepções de saúde antagônicas presentes na atualidade.

Como discutido nos capítulos anteriores, ocorre uma disputa entre as vertentes que buscam explicar a saúde, sendo que tal debate obedece a interesses sociais distintos. A própria RSB, traz em seu interior contradições que expressa em menor e maior grau a profundidade da crítica ao modo de produção vigente. A postura adotada pelo profissional diante das direções difusas na compreensão da saúde terá impacto direto em sua atuação profissional.

Se, de um lado, o vital é mais complexo que os conceitos que tentam explicá-lo; de outro, é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções operativas. Não há como produzir formas alternativas de atenção à saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença. (CZERESNIA apud BATISTELLA, 2007, p. 27).

Esta evidência fundamenta o objetivo de trazer à luz o debate acerca do conceito da determinação social da saúde, acredita-se que a apropriação deste conceito se faz imprescindível ao assistente social, para realização de uma reflexão

que coloque em evidência a categoria trabalho como central para conformação da sociedade atual. Partindo dessa premissa, o profissional se torna capaz de propor discussões que realmente alcancem a raiz do debate acerca da desigualdade em saúde, que em uma perspectiva crítica, se traduz no modo de organização capitalista.

A força que a iniciativa privada vem ganhando gradativamente no espaço público revela o cenário entre os projetos societários em disputa. Observa-se a perspectiva que se consolida a cada dia de que o SUS é destinado àqueles que não têm acesso ao sistema privado, ou seja, assiste-se a tentativa de desmonte do caráter universal do SUS, garantido constitucionalmente.

Avançar na luta pela efetivação da saúde pública de qualidade requer a retomada da força do RSB, e o resgate do caráter político e ideológico que assumiu em sua concepção. Há, inegavelmente, um caráter revolucionário nas características do movimento sanitário, pois possui um potencial transformador que ultrapassa o âmbito do setor saúde e aponta para mudanças societárias, portanto, como já enfatizado neste estudo, a RSB não se finda com a instituição do SUS.

O desafio é reconhecer a estreita relação entre o Projeto Ético-Político Profissional e o Projeto da RSB, na defesa dos princípios, e na resistência das organizações de trabalhadores da sociedade brasileira em uma luta contra hegemônica, a favor da democracia e da participação social.

Iamamoto (2006, p. 10) esclarece o trabalho do assistente social e a importância da adoção de estratégias profissionais:

As condições que peculiarizam o trabalho do assistente social são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. Como as classes sociais só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, o trabalho profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses, tendendo a ser cooptado pelas que têm uma posição dominante. Reproduz, também, pela mesma atividade interesses contra-postos, que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história.

A saúde se constitui como espaço de resistência e conflitos entre os interesses do capital, que se revela no desempenho do projeto privatista, e nos

interesses da classe trabalhadora, representado pelo projeto de Reforma Sanitária. No que concerne estes conflitos, diferentes requisições são dirigidas ao assistente social atuante na área da saúde.

Portanto, a apropriação do debate crítico sobre a saúde caracteriza-se como fundamental à categoria profissional dos assistentes sociais, uma vez que fundamenta e fortalece sua atuação. O desafio incorporado pela categoria profissional apresenta-se neste compromisso:

[...] as entidades do Serviço Social tem por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970. Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura. (CFESS, 2010, p.23).

Neste sentido, o Serviço Social enquanto profissão que tem como compromisso ético e político a defesa intransigente dos direitos sociais e da classe trabalhadora no processo da luta de classes, deve apropriar-se da discussão proposta neste trabalho, objetivando o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, o qual está afinado ao Projeto Ético- Político Profissional.

O documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, criado para subsidiar o exercício profissional da categoria no âmbito da política de saúde, traz diversas contribuições para direcionar os profissionais quanto à postura coerente com o Projeto Ético-Político Profissional mediante as requisições que têm sido impostas pelo projeto privatista em voga. No documento, dentre as orientações realizadas, observa-se que ocorre referência ao conceito dos DSS cerca de quatorze vezes. E em relação ao conceito da Determinação Social da Saúde, o mesmo é citado apenas uma vez.

Este documento assume irrefutável importância para os direcionamentos da profissão na saúde, tendo sido elaborado pelo CFESS com a intenção de estimular práticas éticas que superem o traço conservador, ainda presente nos espaços de trabalho, e que vem sendo renovados pelas imposições do projeto privatista. Acredita-se que o objetivo de realizar esse direcionamento à categoria foi alcançado, pois o texto do documento contém uma riqueza de informações e esclarecimentos acerca das atribuições profissionais na área da saúde condizentes com os objetivos

da Reforma Sanitária Brasileira alertando para as armadilhas presentes no cotidiano da saúde.

No entanto, através da evidência encontrada no estudo em tela acerca das dissonâncias entre o conceito dos Determinantes Sociais e da Determinação Social da Saúde, considera-se importante apontar que o uso de tais termos nos Parâmetros assume uma apropriação acrítica dos Determinantes Sociais da Saúde, pois no decorrer do documento não há nenhuma ressalva quanto à utilização do termo. Além disso, a forma como os referidos conceitos são citados, traz a impressão de que estão sendo adotados como termos sinônimos.

Embora esse esclarecimento tenha se mostrado importante, acredita-se que o “equivoco” maior contido no documento organizado pelo CFESS tenha sido não reconhecer o conceito da Determinação Social da Saúde, que traz consigo uma perspectiva transformadora, estruturada sob a égide de uma teoria crítica, através da adoção de categorias familiares ao Serviço Social, na explicação da conformação da sociedade pautada pelo modo de produção capitalista.

O conhecimento e reflexão dos conceitos expostos neste estudo fundamenta a adoção de um posicionamento crítico em defesa da garantia à política de saúde, como um direito de todos e dever do Estado. Este posicionamento, sobretudo, instrumentaliza a categoria profissional, através da adoção do modelo conceitual da Determinação Social da Saúde, que auxilia a não perder o horizonte que possibilita a construção de uma nova ordem societária, para efetiva superação das desigualdades em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da aproximação com a literatura do conceito dos Determinantes Sociais da Saúde e da Determinação Social da Saúde, analisou-se que há entre ambos algumas divergências que comumente passam despercebidas devido à similaridade das expressões. No interior do Serviço Social pouco se fala acerca das polêmicas envolvidas na adoção de tais termos.

A compreensão das diferenças existentes entre os conceitos, a qual se buscou demonstrar neste estudo, não tem a intencionalidade de coibir sua utilização pelo Serviço Social, pois é sabido que a mesma representa um avanço por trazer à luz do debate global os aspectos sociais imbricados no processo saúde-doença. No entanto, concomitante a isso, dado seu caráter funcionalista, deve-se ter clareza sobre as suas limitações, e não perder de vista que tal conceito possui um caráter que favorece a manutenção da hegemonia capitalista.

O presente estudo aponta que de fato o debate sobre a Determinação Social da Saúde não foi introduzido no discurso da categoria, embora as diretrizes trazidas pelo Projeto Ético-Político Profissional apontem para uma prática embasada pelo referencial teórico adotado por este conceito.

No entanto, entende-se que tal lacuna presente no Serviço Social acerca do tema, deve ser superada, pois a incorporação do conceito da Determinação Social da Saúde fortalece a discussão sobre elementos que fundamentam o compromisso da categoria profissional com a classe trabalhadora. Ou seja, traz à luz da atuação profissional no âmbito da saúde, a ênfase da questão social enquanto objeto de trabalho do assistente social, que deve ser reconhecida como contradição inerente ao modo de produção vigente, e geradora das expressões que determinam as condições de saúde da sociedade.

Partindo dessa perspectiva, o luta contra a cultura biologicista e a atuação configurada por ações paramédicas de um Serviço Social clínico, é evidentemente colocada em cheque. Pois, a dimensão social passa a ocupar uma relevância mais alta, não podendo ser equipada as causalidades biológicas, alterando a noção de que o Serviço Social deve atuar na saúde subsidiando as ações médicas.

Esta evidência instrumentaliza uma atuação profissional dotada de autonomia e voltada aos interesses da população. O compromisso com o enfrentamento da questão social não se faz com práticas historicamente destinadas à manutenção da ordem vigente, e sim com atuações que visem o empoderamento da classe trabalhadora. Isso só será possível se o exercício profissional evidenciar a luta de

classes, e não buscar escondê-la por meio de intervenções dotadas de um caráter controlador.

Os resultados da pesquisa serão divulgados e compartilhados com a comunidade acadêmica no espaço do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS), aberto a todos os estudantes e profissionais que atuam no campo da saúde.

Além disso, durante todo processo da pesquisa, os resultados parciais e finais foram divulgados em eventos acadêmicos e científicos. Com destaque para as apresentações e publicações, em 2015: *Determinação Social da Saúde: pesquisa amplia o debate no Serviço Social*, apresentado e publicado no 14<sup>a</sup> Congresso Paulista de Saúde Pública 'Saúde e Poder: reconectando cidadãos e trabalhadores ao SUS'; *O Debate sobre Determinação Social da Saúde no Âmbito do Serviço Social*, articulado na 1<sup>a</sup> Roda de Conversa Saúde e Serviço Social: Integrando Saberes e Experiência. E em 2016: *A Inserção do Assistente Social na Saúde: desafios atuais*, apresentado e publicado através do 4<sup>o</sup> Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais e do V Congresso Internacional de Serviço Social e 20<sup>a</sup> Semana de Serviço Social- Pesquisa Qualitativa e Serviço Social: pensando a formação e o trabalho em saúde. E enfim, a participação da composição da mesa “Diálogos sobre a formação a formação e o trabalho em Saúde”, por meio da apresentação do estudo *Reflexões Sobre o Conceito da Determinação Social da Saúde*.

O compromisso do Serviço Social com a emancipação humana levou a autora deste estudo a buscar por respostas profissionais transformadoras diante da realidade da saúde. A escassez de estudos realizados pelo Serviço Social diretamente relacionados à Determinação Social da Saúde aponta para necessidade de recomendar o presente tema para pesquisas futuras dos intelectuais do Serviço Social, pois há uma extensa caminhada para consolidação do debate no interior da categoria profissional.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. A. O metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 17, n. 1, 2008. Disponível em: <<https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/download/13/78>>. Acesso em: 12 maio 2017.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. Conferência: democracia é saúde. In: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília. **Anais....** Brasília, DF, 1986. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf)>. Acesso: 12 maio 2017.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A.D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&capitulo\\_id=14&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2)>. Acesso: 02 maio 2017.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 2).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso: 8 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso: 6 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)> Acesso: 10 abr. 2017.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm)>. Acesso em: 10 maio 2017.

\_\_\_\_\_. O significado político e profissional do Congresso da Virada para o Serviço Social brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 100, p. 679-708, out./dez. 2009.

\_\_\_\_\_; MENEZES, J.S. B. (org). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2011.

\_\_\_\_\_; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

BREILH, J. **Uma perspectiva emancipadora da pesquisa e da ação baseadas na determinação social da saúde**. México, 2008. Disponível em: <[http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/TEXTO\\_DO\\_BREILH\\_em\\_portugues.pdf](http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/TEXTO_DO_BREILH_em_portugues.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Ed. Unesp : Hucitec, 1991.

\_\_\_\_\_. **Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade**. Entrevista: Cátia Guimarães e Raquel Júnia. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/precisamos-ter-um-novo-viver-com-taxas-de-crescimento-menos-agressivas-mas-com>>. Acesso em: 20 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Entrevista: Jaime Breilh. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 533-540, maio/ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/1981-7746-tes-13-02-0533.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. In: CRESS10ª Região. **Coletânea de leis**. rev. e ampl. Porto Alegre, 2012.

\_\_\_\_\_. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_1986.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1986.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2017.

CLOSS, T. T. Questão social e Serviço Social: uma análise das produções dos periódicos da área. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, 2015. Disponível em: <[revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21931](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21931)>. Acesso em: 23 maio 2017.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <[http://determinantes.saude.bvs.br/docs/mini\\_relatorio\\_cndss\\_portugues\\_web.pdf](http://determinantes.saude.bvs.br/docs/mini_relatorio_cndss_portugues_web.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CODATO, A. N. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 25, p. 83-106, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n25/31113.pdf>>. Acesso em: 23 fev.2017.

CORREIRA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. A. As bases para promoção da saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. (Org.). **Por uma crítica da promoção da saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014.

COSTA, L.C.. **Os Impasses do Estado capitalista**: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa: Ed. UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm)>. Acesso em: 10 maio 2017.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 21 maio 2017.

DECLARAÇÃO Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 1., 2011, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/11/Decl-Rio-Final\\_12-11-2011\\_PB-1.pdf](http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/11/Decl-Rio-Final_12-11-2011_PB-1.pdf)>. Acesso: 20 abr.2017.

DECLARAÇÃO das Organizações e Movimentos de Interesse Público da Sociedade Civil. Tradução feita por Felix Rosenberg. Rio de Janeiro, 18 out. 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/12/DeclaracaoSociedadeCivil-versao-Port-20111201.pdf>>. Acesso: 20 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Por que pesquisa em saúde?** Brasília, DF, 2007. (Textos para tomada de decisão). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf)>. Acesso: 20 abr. 2017.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

FAERMANN, L. A. Teoria social de Marx: conhecimentos e contribuições ao trabalho do assistente social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 18, n. 2, p. 34 - 51, jan./jun. 2016.

FAGNANI, E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 13, n. 28, p. 41, 80, jan./jun. 2011. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/5621/4669](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/5621/4669)>. Acesso em: 10 maio 2017.

FERREIRA; TORRES. A formação do capitalismo na América Latina: peculiaridades das políticas sociais. In: SEMINÁRIO DO TRABALHO: Trabalho, Crise e Políticas Sociais na América Latina, 10., 2016, Marília, **Anais....** Marília: Ed Unesp, 2016. Disponível em: <[http://www.canal6.com.br/x\\_sem2016/Anais\\_X\\_Seminario\\_Trabalho\\_2016.pdf](http://www.canal6.com.br/x_sem2016/Anais_X_Seminario_Trabalho_2016.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2017.

FIOCRUZ. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro, [20--]. Disponível em: <<http://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso: 20 maio 2017.

FLEURY, P. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio/jun. 2009.

GALEANO, E. H. **As veias abertas da América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

GUERRA, I. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS; ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm)>. Acesso em: 10 maio 2017.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1982.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS. **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão.** ampl. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

KOSIK, K. **Dialética do concreto.** 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

KRUGER, T. R. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n. 10, p. 123-145, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634891/2790>>. Acesso em: 1 maio 2017.

LAURELL, A. C. **A saúde-doença como processo social.** Tradução de E. D. Nunes. México, 1982. Disponível em: <<http://www.residenciamultihucff.xpg.com.br/textos/texto11.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80.** Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1994.

MACHADO, E. M. Questão social: objeto do Serviço Social? **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 2, n. 1, 1998. Disponível em: <[www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v2n1\\_quest.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v2n1_quest.htm)>. Acesso em: 20 maio 2017.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política.** São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte no SUS. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331-344, ago./dez. 2011.

MINAYO, C. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e saúde: desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 11, n. 25, 2009. Disponível em: <[periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/download/374/227](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/374/227)>. Acesso em: 20 maio 2017.

MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da Reforma Sanitária brasileira.** 2013. 144 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

NOGUEIRA, V. M. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 10, n. 12, p. 45-77, dez. 2011.

NOGUEIRA, D. O. **Determinação social da saúde: debate fundamental no Serviço Social para efetivação do direito à saúde.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2014.

OMS. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.** Lisboa: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores.** Genebra, 2005. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/7499003-Acao-sobre-os-determinantes-sociais-da-saude-aprendendo-com-experiencias-anteriores.html>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

OPAS. **Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países.** Washington, DC, 2012. (Publicação científica e técnica, n. 636). Disponível em: <[http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9:edicion-2012&Itemid=124&lang=pt](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=9:edicion-2012&Itemid=124&lang=pt)>. Acesso em: 15 maio 2017.

PAIVA, B.; ROCHA, M.; CARRARO, D. Política social na América Latina: ensaio de interpretação a partir da teoria marxista da dependência. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 12, n. 26, p. 147-175, jan./jun. 2010.

PAULO NETTO, J. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 17, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

\_\_\_\_\_. A questão social na América Latina. In: GARCIA, M. L. T.; RAIZER, E. C. (Org.). **A questão social e as políticas sociais no contexto latino-americano.** Vitória: EDUFES, 2013.

\_\_\_\_\_. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm)>. Acesso em: 23 maio 2017.

PELLEGRINI FILHO, A. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde: antecedentes e perspectivas.** Entrevista: 24 jan. 2013. Disponível em <<http://dssbr.org/site/entrevistas/conferencia-mundial-sobre-determinantes-sociais-da-saude-antecedentes-e-perspectivas/>>. Acesso: 15 mar.2017.

PEREIRA, P. A. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n. 10, p. 1-21. dez. 2010.

RAMON, G. S. **Determinação social da saúde e as dimensões da competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre.** 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

RAVAGNANI, C. L. C. **A frente nacional contra a privatização da saúde: direito garantido não se compra, não se vende.** 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** 2009. 233 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2009.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, A. X. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso.** **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0159.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

SIMIONATO, I. As expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-prática. In: CFESS; ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília, DF, 2009.

SOARES, L. T. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. Políticas sociais na América Latina. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.



VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional**. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013(a).

\_\_\_\_\_; SCHMALLER, V. P. V. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: \_\_\_\_\_. COSTA, M. D. H. (Org.). **Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014.

\_\_\_\_\_. Determinação social da saúde: discussão fundamental para o trabalho do (a) assistente social na área da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 14. 2013(b), Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia: [CFESS], 2013.

VASCONCELOS, A. M. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm)>. Acesso em: 10 maio 2017.

VIANNA, M. L. T. W. **Em torno do conceito de política social: notas introdutórias**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fArtigoCoppead.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2017.

WAITZKIN, H. **Uma visão marxista sobre atendimento médico**. São Paulo: Avante, 1980.