



A DETERMINAÇÃO SOCIAL COMO CHAVE: em busca de estratégias para consolidar o direito à saúde

CARVALHO, Giliane Alves de*

RESUMO: A clareza de que saúde é mais que ausência de doenças nos remete ao debate de sua compreensão enquanto Determinação Social, tal qual se estruturou em torno do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Neste artigo, vinculamos este debate teórico e ideopolítico aos avanços do Serviço Social em seu alinhamento com a teoria social crítica marxista, cuja maturação teórica possibilitou a apreensão da questão social em sua dimensão teórica concreta, no âmbito dos distintos interesses de classes em disputa na sociedade capitalista. Apontamos a compreensão desta perspectiva de saúde como subsídio para reflexões sobre o compromisso profissional na política de saúde com a construção de propostas de trabalho condizentes com os interesses da classe trabalhadora e defesa dos direitos na direção da emancipação humana, frente aos distintos projetos societários e sanitários em disputa, que demarcam a luta de classes nesta política, e tencionam o trabalho do Assistente Social.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; Projeto Ético Político; Movimento de Reforma Sanitária Brasileira; Determinação Social da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Desencadeada por lutas sociais, a saúde como um direito de cidadania foi concebida em torno do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que se constitui enquanto movimento contra hegemônico para fazer frente aos interesses privatistas do setor.

Os debates em torno do MRSB apontam para uma compreensão do processo saúde-doença no âmbito da contradição de classes sociais, sendo esta compreensão necessária para a mobilização em torno da transformação da saúde enquanto questão social e política. A busca de construção de uma consciência sanitária se constitui em eixo desse processo em defesa da saúde, para disseminar o conhecimento sobre o processo saúde-doença e questionar aquilo que impede a realização da saúde, que está para além de fatores biológicos individuais.

* Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); especialista em saúde pública e Serviço Social (UNIFACEX); especialista em Terapia Intensiva Adulto (Residência Multiprofissional UFRN); mestranda em Serviço Social (PPGSS UFRN). Contato: giliane.ac@hotmail.com



Correia e Medeiros (2014) afirmam que os pressupostos ideopolíticos do MRSB foram fundamentados na teoria crítica marxista, que propiciou uma leitura totalizante da realidade para contestação da medicina hegemônica e construção de uma luta pela saúde que concebe a necessidade de problematizar as condições sócio-históricas desiguais, através do resgate da Medicina Social para compreensão do processo saúde doença enquanto determinação estrutural. Tal compreensão pauta-se na crítica ao Modo de Produção Capitalista, que tem em sua essência o fundamento das desigualdades sociais, apontando que a reforma na saúde tem que ter como base mudanças nas condições de vida em sociedade.

Nesta perspectiva, afirmamos que o MRSB foi um marco histórico de luta pela hegemonia no campo da saúde, e inserido no contexto da luta de classes, busca pautar as necessidades de saúde da população.

No âmbito do Serviço Social, a emergência do movimento de reconceituação, que se favoreceu da conjuntura e perfil de seus protagonistas, encarando polêmicas no interior da profissão a partir de 1970, culminou em um processo de renovação, que se deu paralelo ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), porém sem articulação com o debate progressista da saúde, com incorporação destes somente na década de 1990. (MATOS, 2013).

Se para Bravo e Matos (2009, p. 204) esse descompasso gerou uma lacuna no âmbito da prática no campo da saúde, pois “poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços”, também afirmam a existência de vínculos orgânicos entre esses distintos movimentos situados na história, onde os valores progressistas pautados na teoria social crítica marxista, presentes no Projeto Ético Político (PEP), remetem ao Serviço Social possibilidades de articulação com as proposições da Reforma Sanitária, para formulação de estratégias de intervenção que objetivem fortalecer o direito a saúde, na perspectiva da sua democratização enquanto questão social e política, apreendendo o processo saúde doença enquanto resultado das condições de vida e de trabalho, tal como pautado nas teses do MRSB.

Na análise de Matos (2013), a defesa dos direitos inalienáveis se faz presente em ambos os projetos (Reforma Sanitária e PEP), que se apresentam como fruto do movimento histórico, tem como exigência a superação da sociedade de classes, e enfrentam uma conjuntura desafiadora a partir dos anos 1990.

Frente aos tensionamentos impostos pela conjuntura de restrição de direitos, o debate e internalização dos valores progressistas para refletir, problematizar e intervir na realidade social deve ser inerente ao fazer do Serviço Social, e na saúde, a efetivação do



PEP deve, necessariamente, perpassar a compreensão da Determinação Social para que as estratégias de intervenção sejam centradas no usuário, sujeito de direitos, enfatizando que a saúde está relacionada às condições de vida e de trabalho e exige intervenções para além do curativo individual.

2 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE SOB BASE TEÓRICO-CRÍTICA

A busca de estratégias de efetivação do projeto ético político e de valores progressistas se constitui em luta política e ideológica a ser efetivada no cotidiano, e no campo da saúde passa também pela compreensão da trajetória da profissão neste espaço de atuação e em sua relação com o movimento que visou politizar as demandas da saúde, e redireciona-la para a perspectiva do direito.

Matos (2013) aponta que o Serviço Social sofre influência conservadora até 1970, por meio de teorias que reforçam a ordem; tal perfil profissional é subsídio para a prática do Serviço Social Médico, que busca construir práticas e discursos próprios para cada intervenção, se adequando a instituição e a conjuntura.

A partir do Movimento de Reforma Sanitária, os debates em torno da saúde passam a exigir uma redefinição do trabalho, reconhecendo a integralidade da atenção como necessária para responder as necessidades de saúde da população, que aponta expressões diversas das manifestações da questão social que precisam ser problematizadas na relação entre saúde e condições de vida.

Mediante a compreensão pautada na 8ª CNS, a saúde passa a ser vista como resultante de um conjunto de necessidades que ultrapassam o setor:

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. E, 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).

Pautado na perspectiva da Determinação Social da Saúde¹, o MRSB busca elaborar respostas condizentes com as necessidades da população, e efetivar uma política de saúde que fortaleça a concepção ampliada.

¹ A saúde enquanto Determinação Social se opõe ao modelo explicativo biomédico, que restringe a saúde aos aspectos biológicos e assunto de cunho individual-curativo. Busca compreender a saúde como totalidade, que estabelece relação dialética entre o biológico e o social, tendo sua determinação maior na forma de produção e reprodução social. Considera, portanto, a saúde como reflexo da contradição de classes, resultante dos embates



O Serviço Social se alinha a esta perspectiva a partir dos avanços teórico-metodológicos e ético-políticos, pautado em seu projeto profissional, assumindo compromisso com a efetivação do SUS. Entretanto, conforme destaca Netto (2009), sobre a hegemonia do PEP:

Esta constatação, no entanto, não significa afirmar que tal projeto esteja consumado ou que seja o único existente no corpo profissional. Por uma parte, ainda não se desenvolveram suficientemente as suas possibilidades – por exemplo, no domínio dos indicativos para a orientação de modalidades de práticas profissionais (NETTO, 2009, p. 156)

Ao pautar seu trabalho no compromisso com os valores e princípios do PEP, no campo da saúde, o Assistente Social encontra subsídios éticos, teóricos e políticos nas teses do MRSB. Entretanto, é preciso considerar a correlação de forças, que representa projetos em disputa, posto que na saúde, no período que sucede as conquistas do Movimento de Reforma Sanitária, temos derrotas sofridas no âmbito da democracia de massas² frente às estratégias para superação da crise do grande capital, que passa pela crítica e desmonte da concepção de seguridade social, por meio de contrarreformas pautadas nas proposições de organismos multilaterais que irão direcionar as políticas públicas para conquistar o êxito do seu projeto.

2.1 A SAÚDE ENQUANTO QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICA: REFLEXÕES PARA O SERVIÇO SOCIAL

Os diferentes projetos em disputa irão colocar diferentes requisições ao Serviço Social, e neste sentido, cabe ao profissional clareza de seus fundamentos éticos e políticos para construir planos de trabalho que contemplem as reais necessidades dos usuários. No tocante às demandas postas pelo MRSB, irão exigir do Serviço Social:

Busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

entre interesses contraditórios no âmbito dos conflitos advindo dos embates entre capital e trabalho. (MOREIRA, 2013)

² O projeto de Democracia de Massas preconiza a participação social, numa articulação entre democracia representativa e direta, no qual o Estado se constitui enquanto democrático de direito, responsável por respostas às expressões da questão social, em oposição ao projeto de Democracia Restrita, que se articula a concepção de Estado Mínimo, com direitos restritos para a classe trabalhadora e enfraquecimento de suas lutas coletivas. (NETTO 1990 apud CFESS, 2010).



Neste sentido, é essencial ao profissional se apropriar dos debates que cercam a defesa dos preceitos da Reforma Sanitária, adensando o compromisso do nosso PEP com a saúde pública, em detrimento das pressões impostas pelo projeto privatista no contexto de recomposição das relações políticas e econômicas que ameaçam conquistas civilizatórias, e vão de encontro ao projeto de sociedade defendido pelo projeto profissional.

Bravo e Menezes (2011) apontam que as pressões do capital para ajustes nas políticas sociais com ênfase nos parâmetros macroeconômicos tem levado a focalização das políticas sociais em detrimento de sua ampliação, favorecendo a acumulação do capital através do fundo público, pondo em risco as conquistas democráticas, e frente à tensão entre os dois projetos na saúde, o privatista vem se sobressaindo.

Compreendendo que o desenvolvimento da sociedade capitalista pressupõe relações de exploração e reproduz desigualdades, a ampliação da desproteção social por meio do desmonte da seguridade social tende a intensificar as desigualdades geradas por este sistema. Há, nas relações políticas e econômicas resultantes destes processos, importação de teorias que subsidiam a perda da processualidade e historicidade acerca das relações de produção e reprodução social. Neste sentido, a realidade é lida com ausência de críticas, negação de conflito de classes e despolitização da questão social³. Neste sentido, Pastorini (2010) salienta que:

Se analisarmos a problemática vivida hoje no heterogêneo mundo capitalista sem fazer referência à luta de classes, aos sujeitos políticos envolvidos e às desigualdades sociais que daí decorrem, as manifestações da “questão social” na atualidade ficarão reduzidas a expressão de uma crise de vínculo social. (PASTORINI, 2010, p. 92).

A clareza destes embates em torno da compreensão da própria realidade exige a busca de propostas de trabalho coerentes com o PEP, que destaca entre seus princípios fundamentais a ampliação e consolidação da cidadania, garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras, defesa do aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça social, defesa de um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária e compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população (CFESS, 2012).

Sobre a possibilidade de materializar tais princípios, o CFESS (2010) aponta que o trabalho do Assistente Social na Saúde em consonância com a perspectiva teórico-política

³ Compreendemos Questão Social na perspectiva teórico-concreta explicitada por Netto (2001) que aponta a categoria em sua relação entre economia e sociedade, desenvolvimento capitalista e pauperismo, a partir da lei geral da acumulação elaborada por Marx, se constituindo enquanto produto da exploração, no âmbito das contradições de classes na sociedade capitalista, implicando na pauperização das condições de vida da população, resultando em desigualdades com diversas formas de manifestação vivenciada pelos sujeitos em seu cotidiano.



da categoria pauta a integralidade, intersetorialidade, participação social e interdisciplinaridade, elementos indissociáveis para fundamentar uma perspectiva ampliada de saúde. Define, desta forma, quatro eixos de atuação, que articulados em uma concepção de totalidade visam fortalecer a perspectiva de trabalho do Assistente Social: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 41).

Articular esses eixos de atuação, e realizar um trabalho que rompa com a mera reprodução das relações sociais estabelecidas pelo modo de produção capitalista exige uma capacidade que não é dada na realidade, mas sim construída em ações orientadoras de uma práxis que tem compromisso com a classe trabalhadora, mediada pelo debate teórico do MRSB e do PEP, de onde vem a capacidade teórico-metodológica e ético-política do profissional para captar as reais necessidades sociais dos usuários e objetivar práticas conscientes voltadas para os seus interesses.

Superar a dinâmica do espaço de trabalho e a centralidade da doença é caminho para efetivação dos valores defendidos pela profissão, o que requisita uma unidade entre teoria e prática para um trabalho politizante, onde os profissionais não percam o horizonte dos reais interesses e necessidades dos usuários, apreendendo a gênese da questão social e seus impactos na vida dos sujeitos (VASCONCELOS, 2009).

Com potencial de ampliar o horizonte das intervenções em saúde, a perspectiva da Determinação Social do processo saúde-doença, objeto de estudo na América Latina deste a década de 1970, carrega forte crítica a práticas baseadas na epidemiologia tradicional. Fruto do movimento crítico latino americano, no Brasil, esse movimento teve bastante expressão na saúde coletiva. (MOREIRA, 2013)

O movimento crítico latino americano se estrutura em torno de propostas para um novo método de investigação na saúde, ancorado no materialismo histórico dialético, que passa a analisar o biológico e o social enquanto unidade, em uma análise do processo saúde-doença que se compromete com a transformação da realidade. (MOREIRA, 2013)

Esta perspectiva tem como objetivo explicar e transformar os problemas do processo saúde-doença na dimensão coletiva, evidenciando a totalidade, a Determinação Social, e não meramente a realidade fenomênica, onde aparecem os elementos que causam doença.

A determinação social da saúde é explicada por uma análise que lê os processos macro, como modo de produção, modelo econômico e civilizatório, configuração do mundo do trabalho, dentre outros; identifica as particularidades de reprodução social onde estão localizadas e podem ser explicadas as singularidades. Nesta construção teórica, a reprodução social é a categoria que faz a mediação desses processos gerais na dimensão particular, especificando-os. Esses processos atuam condicionando a forma como as pessoas vão viver. (MOREIRA, 2013, p. 75).



Entretanto, na sociedade capitalista, o deslocamento do caráter social do processo saúde doença tem limitado os avanços no conhecimento e enfrentamento dos limites à satisfação das necessidades sociais da população, que requer a problematização dos próprios limites deste modo de produção.

Face ao avanço do projeto privatista frente ao receituário neoliberal, são cada vez mais presente propostas ancoradas em um deslocamento da saúde enquanto consequência individual, resultante de opções, hábitos, consumo e estilos de vida, quando estes de fato são consequência da organização da vida em sociedade.

Este movimento, que surge sob a regência da Organização Mundial da Saúde (OMS) enquanto Movimento de Promoção da Saúde, como recurso para o enfrentamento dos Determinantes Sociais, requisitado em seus vínculos com o MRSB, ganha espaço em uma relação diretamente proporcional ao distanciamento da teoria crítica marxista. (VASCONCELOS; SHCHMALLER, 2014).

Moreira (2013) aponta, ao analisar os documentos produzidos pelas comissões da OMS, o risco de reducionismo presente nas propostas de enfrentamento aos Determinantes Sociais, posto que tais propostas não evidenciam a relação existente entre desigualdades sociais e necessidades sociais em saúde com a exploração existente no modo de produção capitalista e suas inflexões na reprodução social dos indivíduos, relegando, portanto, a perspectiva de transformação social presente no MRSB, embora expresse possibilidades de atuação imediata frente as iniquidades sociais em saúde.

Para Correia e Medeiros (2014), essa proposta é expressão de diferentes concepções de saúde e propostas de práticas para dar conta do paradigma sanitário, que sob a chancela da OMS distancia o MRSB da teoria social crítica marxista.

Mediante tais ponderações, a partir da exposição de Buss e Filho (2007) sobre o modelo de Dahlgren e Whitehead⁴, consideramos os riscos de reducionismos na construção de práticas em saúde pautadas neste modelo, entretanto, ressaltamos que a perspectiva da Determinação Social se propõe a superar a lógica da hierarquia presente nesta leitura, ao pautar a construção de práticas democratizantes na saúde em uma análise histórica e estrutural, embasada em uma teoria crítica que permite superar a perspectiva de enfrentamento das desigualdades via políticas sociais minimalistas, para fortalecer a defesa de direitos no caminho da politização da saúde enquanto questão social, na busca pela concretização da Reforma Sanitária.

⁴ Modelo atualmente adotado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde para direcionar a produção de conhecimento e intervenções sobre os Determinantes Sociais no Brasil. Este modelo expõe os determinantes de maneira hierarquia, em diferentes camadas, dos determinantes individuais aos macrodeterminantes. (BUSS;FILHO, 2007).



Evidenciamos, neste sentido, a necessidade de clareza quanto aos conteúdos ideopolíticos presentes no debate, que refletem em potencialidades ou limitações conceituais e práticas. A defesa de direitos na saúde precisa passar por esta compreensão, sob pena de se perder em meio a discursos aparentemente progressistas, que retomam intervenções na questão social na perspectiva de humanização desta sociabilidade, uma possibilidade histórica descartada pela teoria social crítica.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar o processo saúde-doença como resultante da contradição capital e trabalho é colocar os usuários dos serviços de saúde como sujeitos ativos neste processo, buscando compreender suas formas de enfrentamento e resistência, construindo parcerias nos espaços de atuação para fortalecer a dimensão política da saúde e ampliar os espaços de participação social.

Este debate coloca em evidência a ampliação das possibilidades de atuação do Serviço Social no campo da saúde, posto que a centralidade da questão social na formação profissional dá a este profissional a capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa de problematizar e construir intervenções na perspectiva da consolidação do MRSB, enxergando as particularidades das expressões da questão social vivenciadas pelos usuários dos serviços de saúde como expressões de uma totalidade social concreta, potencializando demandas coletivas em detrimento da culpabilização dos sujeitos por suas necessidades sociais.

Ao afirmar que precisamos discutir o direito de forma coletiva para não ficarmos limitados a mera afirmação de princípios, Vasconcelos (2012) destaca a necessidade de pensar as possibilidades do real, aliar a apreensão às práticas para dar visibilidade ao trabalho que o profissional está efetivando na busca pela democracia, a partir da indissociabilidade entre teoria e prática.

Nesta direção, em equipes de saúde o assistente social pode contribuir para que ações da equipe se voltem das necessidades imediatas para a construção de estratégias de democratização do acesso e qualificação da atenção para responder as necessidades de saúde, fortalecendo a visão de usuário enquanto sujeito de direitos conquistados na luta, por meio de uma leitura crítica da realidade e dos interesses em disputa, para que haja um redimensionamento das práticas em prol de um modelo assistencial pautado nas necessidades de saúde da população, por meio da construção de uma consciência sanitária.



Conforme destaca Behring e Santos (2009), a defesa de direitos pautada na direção social crítica deve compreender os limites destes nesta sociabilidade, pois, embora tenham o potencial de fortalecer a socialização política, não alcançam a emancipação humana, sendo o desafio teórico, ético e político do Serviço Social mover-se nestas contradições e se posicionar diante dos valores liberais presentes, buscando vislumbrar limites à efetivação do capital e possibilidades de efetivação das necessidades humanas e sua emancipação.

Nesse sentido, a nossa prática é determinante para a legitimação da direção social da profissão, cabendo a nossa ação captar as possibilidades de intervenção contidas na realidade, e na saúde, um trabalho que se volte para as necessidades concretas dos usuários necessariamente deve se dar à luz da perspectiva da Determinação Social presente nas teses do MRSB, onde as possibilidades de trabalho possam ser apropriadas na direção dos interesses dos usuários.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; **Questão Social e Direitos**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 267 – 283.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em 11 de jul. 2016.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária**: Elementos ao debate. In MOTA, A. E. et al. (orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p 197-217.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões**. In: _____. (orgs.). Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p 15-25

BUSS, P.M.;FILHO, A.P. **A saúde e seus determinantes sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1):77-93, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação do assistente social na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010

_____. **Código de Ética do Assistente Social e lei 8.662/1993**. 10. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CORREIA. M. V. C.; MEDEIROS, S. M. A. **As bases da 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.C.(ORGS).Para uma crítica da promoção da saúde: Contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 111-158.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde**: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira. Porto Alegre, 2013. Dissertação de mestrado PUC/RS. 144f.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social** In: In MOTA, A. E. et al. (orgs.).Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p 141-160.

_____. **Cinco notas a propósito da "Questão Social"**. Temporalis, Brasília, ano 2, n.3, 2001. p. 41-49.

PASTORINE, A. **A categoria "questão social" em debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, K. E. L; SHCHMALLER, V.P.V. **Promoção da saúde**: polissemias conceituais e ideopolíticas. In VASCONCELOS, K.E.L.; COSTA, M.D.C.(ORGS).Para uma crítica da promoção da saúde: Contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014. p 47-110.