



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AS INIQUIDADES NO BRASIL: UM DEBATE NECESSÁRIO

Maria Eduarda Honorato da Silva¹
Sabrina Silva Zacaron²
Maureen de Oliveira Azevedo Bezerra³

Resumo: O presente artigo tem por objetivo contribuir com o debate crítico acerca dos determinantes sociais no processo saúde/doença, sedimentados pela tradição marxista e sua relação com as iniquidades de saúde no Brasil. Apresenta as diferentes concepções de determinantes sociais da saúde e as abordagens que estudam os meios pelos quais tais determinantes ocasionam as iniquidades de saúde.

Palavras chaves: Determinantes Sociais, Saúde, Iniquidades, Serviço Social.

Abstract: This article aims to contribute to the critical debate about the social determinants in the health / disease process, sedimented by the Marxist tradition and its relation with health inequities in Brazil. It presents the different conceptions of social determinants of health and the approaches that study the means by which these determinants cause health inequities.

Key words: Social Determinants, Health, Inequities, Social Service.

1 INTRODUÇÃO

O presente texto tem por objetivo contribuir com o debate crítico acerca dos determinantes sociais no processo saúde/doença, sedimentados pela tradição marxista, e sua relação com as iniquidades de saúde no Brasil.

Existem várias definições sobre o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), algumas mais sintéticas, outras mais detalhadas, que consecutivamente, se distanciam ou se aproximam do conceito de que as condições socioeconômicas em que vivem os indivíduos e grupos sociais, são fatores que influenciam diretamente na sua condição de saúde. Assim, apresenta-se nesse estudo as diferentes concepções de determinantes sociais da saúde ao

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, E-mail: mariaeduarda2012.1@hotmail.com.

² Professor com formação em Serviço Social, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/Maternidade Escola Januário Cicco, E-mail: mariaeduarda2012.1@hotmail.com.

³ Profissional de Serviço Social, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/Maternidade Escola Januário Cicco, E-mail: mariaeduarda2012.1@hotmail.com.

longo da história e as abordagens que estudam os meios pelos quais tais determinantes ocasionam as iniquidades de saúde

Sugere-se aos assistentes sociais a compreensão das iniquidades em saúde e um olhar crítico acerca dos DSS, como uma das formas de ampliar o arsenal heurístico necessário à atuação profissional, bem como a instituição de competências e potencialidades ético-políticas direcionadas à proteção social da saúde.

2 DESENVOLVIMENTO

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) criada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de forma sucinta, concebe os DSS como as circunstâncias de vida e trabalho dos indivíduos em sociedade. Já a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) criada em 2006, compreende os DSS como os fatores socioeconômicos, “culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.78).

O consenso atual sobre a importância dos DDS na condição de saúde não foi atingido repentinamente, mas sendo construído historicamente, de modo gradual. Inúmeros eram os modelos que tentavam elucidar a questão social na saúde – processo saúde-doença. Na metade do século XIX, prevalecia o conceito de miasma, ou teoria miasmática⁴, que à época, conseguia dar respostas às significativas mudanças práticas e coletivas na situação de saúde, tida no novo contexto de industrialização e urbanização com a emergência de problemas relacionados aos grandes aglomerados humanos. Buss e Pellegrini Filho (2007) citam que Virchow⁵ (um dos cientistas mais destacado ligado a esse conceito) acreditava que as condições socioeconômicas desempenhavam implicações importantes no processo saúde-doença, devendo tais associações serem cientificamente estudadas.

No final do século XIX surge uma nova teoria explicativa do processo saúde-doença, a partir do surpreendente trabalho dos bacteriologistas Louis Pasteur e Robert Koch. Buss e Pellegrini Filho (2007) colocam como exemplo do processo de consolidação da primazia dessa teoria bacteriológica, a construção da primeira escola de saúde pública, em 1916, na

⁴ A Teoria Miasmática foi desenvolvida durante o século XVII por Thomas Sydenham e Giovanni Maria Lancisi. De acordo com essa teoria, os miasmas surgiam a partir dos vários odores fétidos que eram exalados de matérias orgânicas em processo de decomposição/apodrecimento, considerava-se assim, que as doenças tinham sua origem nos miasmas.

⁵ Rudolf Virchow – Sanitarista alemão do século XIX, reconhecido como o criador da Patologia Celular e do conceito de Epidemiologia Social.

Universidade Johns Hopkins nos Estados Unidos. A implantação e financiamento da referida escola se deu a partir da proposta da Fundação Rockefeller⁶. Durante esse processo, há um debate significativo entre as variadas correntes e teorias sobre a organização do campo da saúde pública.

No centro desse debate, estiveram questões como: deve a saúde pública tratar do estudo de doenças específicas, como um ramo especializado da medicina, baseando-se fundamentalmente na microbiologia e nos sucessos da teoria dos germes ou deve centrar-se no estudo da influência das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos? Outras questões relacionadas: a saúde e a doença devem ser pesquisadas no laboratório, com o estudo biológico dos organismos infecciosos, ou nas casas, nas fábricas e nos campos, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos de seus hospedeiros? (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.79).

Ainda de acordo com os autores, o embate entre “saúde pública e medicina” e entre as perspectivas do biológico e do social no processo saúde-doença ganharam espaço central nas discussões sobre a composição “desse novo campo de conhecimento, de prática e de educação” (p. 79). A decisão por Hopkins significou a predominância da concepção de saúde pública direcionada ao controle de doenças distintas, determinada pelo saber científico fundamentado na bacteriologia, colaborando com o distanciamento do foco da saúde pública para com o social e as questões sanitárias de natureza mais ampla.

Desse modo, no decorrer do século XX, há uma duradoura tensão entre as várias abordagens de enfoque biológico da medicina (sendo esta preponderante) em detrimento de perspectivas que destacam aspectos sociopolíticos e ambientais. A concepção de saúde introduzida na fundação da OMS, em 1948, demonstra um conceito que vai além de um enfoque centrado na doença, ao definir a saúde não somente como a inexistência de doença, mas como uma condição de pleno bem-estar físico, psíquico e social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Essa concepção destaca uma tentativa de ultrapassagem da “visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas. Apesar do avanço, várias críticas incidiram sobre este conceito” (BATISTELLA, 2007, p. 57).

É somente na década de 1970 que a América Latina passa a se ater aos assuntos referentes ao social na área da saúde. No mesmo período, no Brasil, esse conceito passa a ser propagado com a emersão do campo da Saúde Coletiva - definida como “campo de produção

⁶ Fundada em 1913. “Instituição filantrópica e de cunho científico, ela atuou prioritariamente nas áreas de educação, medicina e sanitarismo. [...] priorizou o campo da saúde pública, atuando inicialmente no sul dos Estados Unidos, mas depois estendeu seus métodos de trabalho a outros países que apresentassem necessidade de controle e erradicação de moléstia [...]. Chegou ao Brasil em 1916 e logo entrou em contato com importantes cientistas do país. No entanto, data de 1923 o estabelecimento do seu convênio com o governo brasileiro, que garantiu a cooperação médico-sanitária e educacional para programas de erradicação das endemias [...]”. (Disponível em: <<http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/fundacao-rockefeller-fundo-2>> Acesso em: 04 nov. 2018).

de conhecimento e práticas em saúde composta por diferentes áreas do saber” (MOREIRA, 2013, p. 67), assim como na esfera dos princípios teóricos basilares do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)⁷.

O MRSB teve o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como difusor da ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e na construção de contrapropostas (BRAVO, 2009). As principais propostas debatidas por esses atores coletivos foram:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Único de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

Na década de 1980, o campo da saúde conta com a colaboração e participação de novos sujeitos sociais, assim como novas discussões sobre as condições de vida da população brasileira e dos planos governamentais propostos para o setor, o que contribuiu para a expansão do debate que permeou a sociedade civil (BRAVO, 2009).

Nessa conjuntura, dentre os personagens que entraram em cena, destacam-se: os profissionais de saúde, sendo representados através de suas entidades, em defesa do MRSB e do fortalecimento do setor público.

De acordo com Westphal (2007), um evento de grande importância nesta conjuntura que significou um marco na consolidação da saúde pública foi a Conferência realizada em Alma-Ata, república do Kazaquistão em 1978, que teve como lema “Saúde para todos no ano 2000”, definindo o marco teórico da promoção da Saúde como a **nova saúde pública**, identificando o processo saúde-doença, “sua causalidade e as práticas decorrentes, no eixo da história social, econômica, política e cultural” (WESTPHAL, 2007, p. 11-12). A saúde foi assumida “como um direito a ser afirmado não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas, também, por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade” (WESTPHAL, 2007, p. 11-12). Nesta conferência, a questão das iniquidades em saúde retorna à cena, dando ênfase novamente ao tema dos determinantes sociais, propondo como estratégia central, a atenção primária como foco das ações de saúde (MOREIRA, 2013).

⁷ “[...] uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, [...] representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” (SÉRGIO AROUCA, 1998). (Disponível em: <<https://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em: 05 nov. 2018).

Um dos pilares teóricos fundamentais do pensamento crítico que fundou a Saúde Coletiva é a concepção da determinação social da saúde (conceito distinto dos DSS, por ser mais amplo e mais crítico) ou produção social da saúde e das práticas. Assim, “a concepção da determinação social aparece no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, no texto constitucional de 1988 e nas legislações subsequentes” (PAIM, 2008 apud MOREIRA, 2013, p. 67-68). Entretanto, com o avanço do neoliberalismo, onde a saúde é tida como um bem privado, a concepção da atenção centrada no médico, ganha espaço novamente (MOREIRA, 2013, p. 68).

Bravo (2009) destaca a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília, Distrito Federal, como fato essencial e notável para a discussão da questão saúde no Brasil, bem como seu desdobramento numa articulação bem distinta das anteriores ao inserir a sociedade no cenário de discussão sobre a Saúde.

Esta Conferência reuniu mais de quatro mil participantes, dentre os quais mil eram delegados com direito a voz e voto. Sua pauta central versava sobre os seguintes eixos: saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Com isso, a temática da saúde transcende a análise setorial, referindo-se à sociedade e sua totalidade, propondo-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Sanitária (MOREIRA, 2013).

Como passo mais avançado na reestruturação administrativa do setor saúde, temos a instauração do SUS pela Constituição Federal (CF) de 1988. No entanto, sua implantação se dá de forma gradual, sendo regulamentado apenas dois anos depois pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei n.º 8.080/90 e a Lei complementar nº 8.142/90). Suas diretrizes estão previstas no Art. 198 da CF, sendo três os princípios doutrinários que o legitimam: universalidade, integralidade e equidade. Consoante a esta conjuntura, o conceito ampliado de saúde norteador do SUS é incorporado no Art. 196 da constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

É diante desse contexto que:

[...] a concepção de saúde registrada na constituição brasileira de 1988 reflete a conjuntura política de redemocratização do país e, sobretudo, o papel do movimento sanitário na luta pela ampliação dos direitos sociais. Um ganho maior dessa concepção foi colocar em evidência os determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados nas abordagens individuais (GONZALEZ, 2014, p. 19-20).

Na década de 1990, com o avanço do neoliberalismo⁸, a concepção de saúde centrada na assistência médica individual volta a ganhar espaço nos debates sobre a perspectiva da saúde como um bem particular. É importante ressaltar nesse período, a construção de dois projetos distintos que estão em constante tensão: o projeto da Reforma Sanitária (este afirmou-se nos anos 80) e o projeto Neoliberal (que já vinha em curso desde as décadas de 1960/1970). No primeiro projeto temos a afirmação institucional e jurídica de suas diretrizes, já no segundo, temos a conformação de um projeto conservador na dinâmica das políticas sociais de saúde (BRAVO, 2009).

Na década subsequente, com a criação da CDSS/OMS, em 2005, debatendo sobre as Metas do Milênio, conduz-se novamente ao destaque no debate sobre os determinantes sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) na condição de saúde de indivíduos, grupos sociais e sobre a necessidade de intervenções sobre as iniquidades em saúde por eles geradas (CNDSS, 2008).

Um ano depois, em 2006, é criada no Brasil através de Decreto presidencial com mandato de 2 (dois) anos a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), formada por uma equipe diversificada de 16 (dezesesseis) significativas lideranças de nossa vida social, cultural empresarial e científica. Seus objetivos podem ser resumidos da seguinte forma:

gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; contribuir para a formulação de políticas que comprovam a equidade em saúde; mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema (CNDSS, 2008, p. 17).

Visando alcançar tais objetivos, a Comissão se ampara no compromisso com: a equidade, tensionando assegurar o direito universal à saúde como compromisso ético e posição política; a evidência, fundamentando suas análises e recomendações de maneira científica; e com a ação, o compromisso com a luta contra as iniquidades em saúde, através da ação sobre os determinantes sociais que as originaram (CNDSS, 2008).

Foram construídos vários modelos conceituais que buscavam explicar as relações entre os diversos níveis de determinantes sociais e a situação de saúde de grupos e de pessoas. Dentre esses modelos, a CNDSS decide aderir ao de Dahlgren e Whitehead (1991), conforme

⁸ “O neoliberalismo refere-se à retomada de forma intensa do ideário liberal, o qual apregoa a liberdade dos mercados, as liberdades individuais, a auto-regulação dos mercados, ou seja, a não interferência do Estado na economia. O projeto neoliberal defende a retração da intervenção do Estado no campo social. Há a valorização da área econômica em detrimento da social” (GASPAROTTO et al, 2012).

mostra a Figura 1, que é a base orientadora para a organização de suas ações e os assuntos do seu relatório. Sua escolha foi justificada por ser de fácil compreensão e visualização gráfica dos vários determinantes sociais, tal simplicidade tornaria acessível o entendimento para diversos (CNDSS, 2008).

Figura 1 - Modelo conceitual adotado pela CNDSS.



Fonte: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007).

O modelo é disposto em diferentes camadas, de acordo com seu nível de alcance, desde uma camada mais proximal aos determinantes individuais, até uma mais distante onde situam-se os macrodeterminantes.

[...] os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização (CNDSS, 2008, p. 20).

É importante destacar que, apesar da visualização gráfica dos DSS e sua disposição em camadas, consoante seu nível de abrangência, possibilitar uma fácil compreensão, o modelo não tensiona esclarecer de maneira detalhada as relações e mediações entre os vários níveis e a gênese das iniquidades em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 83).

De acordo com Pellegrini Filho (2013), o Brasil foi um dos primeiros países a aderir ao movimento mundial em torno dos DSS, e o único a criar uma CNDSS, apenas um ano depois da criação da Comissão da OMS. Em 2008, a CNDSS apresenta seu relatório: **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil** e publica, em 2009, através da Editora Fiocruz.

Tal relatório fez uma série de recomendações cuja maioria infelizmente não foi colocada em prática. A Fiocruz, atendendo a uma dessas recomendações, criou o Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre DSS (CEPI-DSS) na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). O CEPI-DSS mantém um Observatório sobre Iniquidades em Saúde, para monitoramento das iniquidades em saúde no Brasil, além do Portal DSS e da Biblioteca Virtual em Saúde sobre Determinantes Sociais (BVS DSS), entre outras atividades (PELLEGRINI, 2013 – informação verbal)⁹.

Nas pesquisas sobre as relações entre saúde e seus determinantes sociais, Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que o principal desafio:

é estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Desse modo, distinguir os determinantes de saúde individuais e os de grupos e populações, nos arcabouços teórico e metodológico, é outro desafio relevante trazido pelos autores ora citados, haja vista que alguns elementos “que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas”. Ou seja, juntar os determinantes de saúde identificados como individuais para compreender os determinantes de saúde de toda uma população, não basta. As diferenças significativas “de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos”, como por exemplo: controlar comportamentos individuais como: uso de álcool, tabagismo, sedentarismo etc., as diferenças entre estas

⁹ Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde: antecedentes e perspectivas [entrevista na internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste. Entrevista concedida a Maira Baracho. (Disponível em: <<http://dssbr.org/site/entrevistas/conferencia-mundial-sobre-determinantes-sociais-da-saude-antecedentes-e-perspectivas/>> Acesso em: 25 nov. 2018).

camadas sociais continuariam praticamente sem alterações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Isso posto, os autores enfatizam a relevância dos fatores individuais para a identificação dos indivíduos de determinados grupos, que são subordinados a um maior risco. Bem como os diferentes níveis de saúde em relação às sociedades e países, correlacionando com outros fatores, sobretudo a distribuição de renda e o grau de equidade presente nesse processo.

De acordo com Barata (2012) existem vários entendimentos acerca das desigualdades em saúde, a autora alerta para o uso de algumas expressões como se fossem sinônimos, como é o caso de: diferenciais de saúde e desigualdades em saúde, “o mesmo ocorrendo entre os termos, desigualdade e iniquidade” (p. 488). Bem como faz uma distinção entre o conceito de igualdade e o conceito de desigualdade, sinalizando que o primeiro define a distribuição igualitária de bens e/ou serviços de saúde para os indivíduos. Já o segundo detém a ideia de uma distribuição desigual, estabelecida pela própria ordem social. Em outras palavras, o lugar que as pessoas ocupam na sociedade está diretamente associado ao grau de alcance a determinado nível de saúde e acesso a bens e serviços.

Ainda conforme a autora, equidade inclui a ideia de necessidade em seu conceito, isto é, “parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades” (BARATA, 2012, p. 488). Tendo em vista que algumas pessoas já possuem mais e outros têm menos, isso não mudaria a situação inicial. Conseqüentemente, as diferenças produzidas pela posição social dos indivíduos, e que estão relacionadas com a partilha da propriedade privada e do poder, reproduzem as desigualdades sociais em saúde, e “a impossibilidade de realizar as necessidades seria, então, vista como injusta ou iníqua” (BARATA, 2012, p. 488), sendo este o grande desafio da equidade em saúde: dar mais, para quem precisa mais.

Segundo a definição de Margareth Whitehead, as iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos são aquelas desigualdades de saúde, que além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias, são uma das particularidades mais significativas da situação de saúde do Brasil (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2006).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), existem diversas abordagens que estudam os meios pelos quais os DSS ocasionam as iniquidades de saúde.

A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação,

transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82).

Os autores também abordam os enfoques que estudam as correlações “entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos” (p. 82-83). Tais enfoques verificam o esgotamento das redes de solidariedade, companheirismo e segurança entre indivíduos e grupos (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82).

Destarte, todos esses fatores ora apresentados, influenciam de forma direta na saúde dos indivíduos e grupos sociais, sendo os responsáveis pelo grande problema que se vivencia na sociedade: as iniquidades, responsáveis pelas diferenças existentes na saúde entre os diversos grupos da população, que não são determinadas por fatores biológicos, mas sim, pelas expressões da questão social.

Para Iamamoto (2012), a questão social no cenário atual não representa apenas a pobreza e desigualdade, ela é a banalização do humano diante à naturalização das injustiças sociais em detrimento à possibilidade de efetiva socialização das riquezas produzidas e aos direitos a ela atinentes.

Portanto é necessária a reafirmação do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político Crítico do Serviço Social como prismas norteadores da atuação profissional na saúde. É imperativo considerar a concepção ampliada de saúde, os determinantes sociais no processo saúde/doença e sua relação com as iniquidades.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate sobre determinantes sociais da saúde e sua relação com as iniquidades de saúde deve ser apropriado pelos assistentes sociais como uma ferramenta necessária para analisar os aspectos estruturais, particulares e peculiares incidentes sobre as condições de vida e saúde da população. Para uma atuação competente e crítica do Serviço Social o profissional deve ter a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e buscar estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.

O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais, visto que o respeito pela diversidade é um princípio que deve fundamentar tanto a sua formação como o seu trabalho profissional.

Desta forma, sugere-se aos assistentes sociais a compreensão das iniquidades em saúde e um olhar crítico acerca dos DSS, como uma das formas de ampliar o arsenal heurístico necessário à atuação profissional, bem como a instituição de competências e potencialidades ético-políticas direcionadas à proteção social da saúde.

REFERÊNCIAS

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades Sociais e Saúde. In: CAMPOS, Gastão, Wagner de Sousa. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/o-territorio-e-o-processo-saude-doenca>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades de saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n.9, p. 2005-2008, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033> Acesso em: 02 de novembro de 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [online]. 2007, vol. 17, n. 1, p.77-93. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-73312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 19 de setembro de 2018.

CNDSS, Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Editora: Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: Atribuições Privativas do Assistente Social em questão. CFESS, 2012, pp,33-74.

MOREIRA, Márcia Chaves. **Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da Reforma Sanitária Brasileira**. Dissertação (Mestrado EM Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. PUC: Porto Alegre, 2013. Cap. 5. Disponível

em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5569/1/000452446-Texto%2bCompleto-0.pdf>> Acesso em: 29 de outubro de 2018.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida. In: **Promoção da Saúde e Gestão Local**. Coletânea Saúde em Debate – Série Linha de Frente. FERNANDEZ, JUAN Carlos Aneiros et al. (Orgs.). Hucitec: São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf>> Acesso em: 03 de novembro de 2018.