



# 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: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Formação Profissional.

## A DIMENSÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Eliane Martins de Souza Guimarães<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente artigo busca analisar a abordagem da dimensão social do processo saúde na formação em saúde. Para isso, busca situar as concepções de saúde no processo histórico de contradições e disputas entre projetos de saúde, e analisa a influência de diferentes perspectivas no debate sobre concepções de saúde no contexto das contrarreformas.

**Palavras-Chave:** Formação em Saúde, Processo Saúde e Doença, Concepções de Saúde.

**Abstract:** This article seeks to approach the social dimension of the health and disease process in health education. To this end, it seeks to situate health conceptions in the historical process of contradictions and disputes between health projects, and analyzes the influence of different perspectives on the debate about health conceptions in the context of counter-reforms.

### INTRODUÇÃO

Mesmo diante de importantes movimentos que buscaram construir uma contraposição ao modelo biomédico, observa-se no cotidiano dos espaços de trabalho e de formação em saúde que a abordagem da dimensão social do processo saúde e doença apresenta estes limites que trazem repercussões diretas nas práticas assistenciais.

As lacunas do processo de formação em saúde, em especial a voltada para o SUS, apontam a necessidade de problematização deste debate, pois não basta afirmar o reconhecimento do processo saúde e doença como processo social, é preciso apreender como as contradições e disputas entre projetos societários e de saúde se expressam nesta demanda. O Serviço Social como profissão de saúde que tem nos serviços de saúde um importante campo de atuação traz importantes contribuições para o debate, a partir da análise das determinações sociais do processo saúde e doença.

### 1- AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E A DISPUTA ENTRE PROJETOS SOCIETÁRIOS

---

<sup>1</sup> Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, E-mail: eliane.msguimaraes@gmail.com.

Ao analisar a construção histórica das políticas de saúde e o debate sobre as concepções de saúde, destacamos três momentos em que a dimensão social é abordada: **a saúde pelo controle da vida social, a saúde pelo controle da doença, o projeto de saúde ampliada.**

Ao considerar **a saúde pelo controle da vida social**, nos referimos ao momento do desenvolvimento capitalista que coloca a saúde como uma demanda para o Estado e a **Medicina Social** passa a atuar na saúde por meio do controle dos conflitos sociais. É no cenário entre os séculos XVIII e XIX, momento em que ocorrem importantes revoluções e são criadas as condições favoráveis para o desenvolvimento da sociedade capitalista.

Com a precarização das condições de vida e o aparecimento de epidemias e enfermidades contagiosas, os problemas de saúde passaram a atingir não somente o proletariado, mas também as classes dominantes, reduzindo a produtividade do trabalho. Sobre este momento, Bravo (2013, p. 34) destaca que “a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que colocavam em perigo a ordem constituída”. Nos serviços de saúde “a ênfase é dada à saúde pública e suas atividades foram basicamente relativas a medidas de saneamento do meio, ações que poderiam ser identificadas com o que hoje se denominam cuidados primários, ações preventivas e educacionais”. A reação da classe trabalhadora às condições impostas pelo capitalismo nos ajuda a compreender a natureza das políticas construídas para o seu enfrentamento. O século XIX foi um período de grandes revoluções com a intensificação das lutas sociais que coincidiu, na saúde, com uma ênfase na Medicina Social<sup>2</sup>, que vinculava a questão social às condições de vida (BRAVO, 2013, p. 36-44).

Bravo (2013, p. 47) aponta que nos serviços assistenciais predominavam as atividades “paternalistas, assistenciais, na perspectiva setorializada, focalista” e o papel dos profissionais, caracterizados inicialmente como visitantes, era de ajuda à equipe médica, o que “transformava-se em fiscalizador da pobreza”.

Em que pese a perspectiva de controle da vida social da classe operária, em especial de sua força de trabalho, a medicina social, ao promover a constituição de práticas em saúde a partir da realidade social, estabelece-se como um marco. No entanto, há de se

---

<sup>2</sup> A autora estabelece uma relação direta entre as condições de vida, as lutas sociais e as respostas em forma de políticas com uma perspectiva de controle social, com destaque a análise sobre a Medicina Social Francesa, a Medicina de força de trabalho Inglesa e a Polícia Médica Alemã. A noção de política médica na Alemanha promoveu um esquema de “disciplinarização da medicina pelo Estado, e atribuída a ela a função de controle sobre a vida social”. A Medicina Urbana, na França, “influenciada pela ideologia da liberdade política e igualdade social, implicou no engajamento da medicina em uma tarefa política de correção dos males sociais”, com propostas de reforma médica, reestruturação dos hospitais, com assistência obrigatória e gratuita aos enfermos e identificação das condições de vida social como fonte de enfermidade e a postulação de práticas como instrumento de reorganização social. O sistema inglês de atenção à saúde “teve como perspectiva a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e saúde pública a fim de proteger a burguesia dos perigos gerais”, constituindo o “sistema de medicina assistencial destinada aos mais pobres, a medicina voltada para a saúde pública e a medicina privada para os que tinham meio para pagá-la” (BRAVO, 2013, p. 36-44).

reconhecer, neste processo, as respostas à questão social se estabeleceram pelo viés do controle social e da força de trabalho. Esta perspectiva referenciou ações para além da política de saúde e encontrou no cotidiano da vida e da família dos trabalhadores o espaço para a reprodução de suas práticas.

O movimento histórico da relação entre Estado, trabalhadores e capitalistas nesse período nos ajuda a entender as condições para o amplo desenvolvimento de ações que resultaram no modelo médico hegemônico, abordando **a saúde pelo controle da doença**.

Mesmo com as evidências da determinação social do processo saúde-doença, a perspectiva da Medicina Social, que foi hegemônica na Europa entre 1830 e 1870, sofre um declínio quando ascende a teoria pasteuriana unicausal. É no trânsito entre os séculos XIX e os primeiros anos do século XX que ocorreram intensas mudanças na dinâmica do capitalismo. É neste cenário que as descobertas de Pasteur e Koch <sup>3</sup>, ao responderem a uma demanda de seu momento histórico, também irão fomentar o deslocamento da perspectiva sobre a saúde, estabelecendo uma relação entre as bactérias e a doença, entre a saúde e seus serviços.

Nessa direção, o hospital foi progressivamente tornando-se uma organização complexa, deixando de ser utilizado somente pelos pobres, mas de pessoas em busca da cura física. Nesse período, a medicina passa a ser reconhecida como profissão e a associação entre medicina, hospital e a visão científica (biologia) vão se constituir como pensamento hegemônico (BRAVO, 2013).

Ao considerar o enfoque biológico da doença, a prática em saúde volta-se para o individual e não para o social, o coletivo, estabelecendo assim o modelo unifatorial de doença, em que a concepção de saúde e as práticas são modificadas a partir da dinâmica das relações sociais. Há, portanto, um importante deslocamento de referência, que passa das determinações sociais para a centralidade da doença, repercutindo diretamente na organização dos serviços de saúde e suas práticas, que continuam se constituindo um importante espaço de controle dos movimentos de trabalhadores, sob a forma de serviço previdenciário, agora na perspectiva da doença.

É nesta direção que a política de saúde vai se constituir, pelo viés de controle da vida social da classe trabalhadora, tendo como meio estratégico o controle da força de trabalho e

---

<sup>3</sup> A descoberta de Pasteur e Koch tornou estabelecida a tese da causalidade da doença infecciosa de modo a conferir-lhe uma legitimidade. Segundo Czeresnia, Maciel, Oviedo (2013) “não há dúvida sobre o quanto o desenvolvimento da bacteriologia interferiu na medicina como campo de teoria e prática” e modificou “o senso comum acerca da doença, do corpo e das relações entre os homens e a natureza”. A teoria bacteriológica serviu de substrato a uma determinada forma de entender a origem das doenças, o postulado de Koch evidencia a forma mais pura do entendimento inicial da importância dos agentes microbianos no processo patológico. No campo da epidemiologia, os autores também destacam o trabalho de John Snow sobre a maneira de transmissão do cólera, a partir de um conjunto de técnicas de análise com construção, comparação de indicadores de mortalidade em grupos populacionais, além de elaborar desenhos de estudo caracterizados como modelos para o surgimento do método epidemiológico.

o ajustamento moral da família. À medida que o capitalismo avança e se configura em uma nova fase, a evidência da doença no processo saúde doença vai se aprofundar e atingir de forma direta a formação médica e, por consequência, as demais formações em saúde, além da organização dos serviços e práticas assistenciais.

É no período que se configurou a Primeira Guerra mundial (1914), no qual o poderio econômico dos Estados Unidos foi fortalecido, que se configurou o flexnerianismo, movimento que ressalta que a causa da enfermidade é basicamente individual e a resposta terapêutica é também orientada para o indivíduo, fundamentando-se na medicina científica baseada em laboratórios. Nessa perspectiva, há um importante deslocamento do atendimento coletivo para o individual, os hospitais passam a admitir pagantes em quartos individuais, separados dos indigentes (BRAVO, 2013, p. 59).

A perspectiva da saúde centrada na doença alcançou hegemonia na política de saúde ao atingir suas diversas esferas - desde a concepção, ensino, prestação de serviços, a organização dos sistemas e a constituição de um mercado -, construindo assim uma cultura em torno da doença. O modelo médico hegemônico passa a ser questionado e propostas de retomada da dimensão social na saúde passam a ser construídas.

No entanto, é preciso analisar **as contradições do projeto de contra-hegemonia pela saúde ampliada**. A proposta que irá se apresentar como contra hegemônica retoma a vinculação das demandas sociais à saúde, através da defesa de uma concepção de saúde ampliada na qual a atenção primária, a família e a comunidade. Um dos elementos que compõe o debate sobre o conceito de saúde ampliada é o processo de organização dos serviços de saúde para além dos serviços hospitalares. Nesse movimento contraditório, Bravo (2013) aponta que a institucionalização dos serviços de saúde se ampliou com a consolidação da concepção de causalidade múltipla, com ênfase nos fatores ambientais, em substituição ao enfoque anterior meramente biológico.

Após a Segunda Guerra Mundial (1945), destaca-se o surgimento das Organizações das Nações Unidas (ONU), como parte da estratégia americana para garantir a ordem social. Com a formação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, a saúde pública, estendendo-se através da assistência aos países devastados pela guerra, veicula um conceito de saúde - saúde considerada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” -, que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade<sup>4</sup>. No

---

<sup>4</sup> Mesmo que representando um avanço frente ao enfoque da doença, este conceito, vigente até hoje, é alvo de diversos questionamentos e apontado como “irreal, ultrapassado e unilateral” (Segre e Ferraz, 2007, p. 539); e “tampouco é uma concepção ampla de saúde, mas apenas uma concepção de saúde humana” (Sá Junior, 2004, p. 3). No entanto, ele ainda é utilizado no cotidiano da saúde como fonte de defesa da saúde ampliada, como pode ser observado por Vasconcelos (2007), no âmbito dos Hospitais Universitários do município do Rio de Janeiro, onde a maioria dos profissionais de saúde, ao definir saúde, recorre à noção afirmada pela OMS.

entanto, não considera as contradições existentes para alcançar tal plenitude, colocando como perspectiva a amenização dos conflitos sociais existentes, não seu enfrentamento.

Nessa direção, a concepção de saúde também passa a ser influenciada pela direção que os Estados Unidos assumem nessa fase do capitalismo mundial, colocando em evidência propostas como a “medicina integral”, “medicina preventiva” e seus desmembramentos na “medicina comunitária” e a “integração docente assistencial” (BRAVO, 1998, p. 122).

Assim, uma análise das propostas de contra-hegemonia a partir da saúde ampliada revela que sua defesa é atravessada por contradições. Em que pese a relevância da contraposição ao modelo médico hegemônico, sua formulação ocorre em um cenário de disputa societária na qual a saúde assume uma funcionalidade, seja nos países desenvolvidos, pela contenção de gastos com a saúde, seja nos países periféricos, onde assume um caráter estratégico no discurso desenvolvimentista. Dessa forma, a retomada da dimensão social do processo saúde doença tanto favoreceu a ampliação das formas de controle do social, como, também, propiciou a formulação de propostas críticas vinculadas ao fortalecimento dos movimentos sociais.

No processo de constituição da proposta contra-hegemônica ao modelo médico, as estratégias de mudança difundidas por organismos internacionais passam a influenciar a organização dos sistemas de saúde, por meio da Atenção Primária à Saúde e da Promoção da Saúde. Destas propostas, surgiram demandas para além da reorganização dos serviços, que percorrem questões do campo da concepção e práticas de saúde. Como resultado de uma movimentação em torno da temática, a Carta de Otawa, resultado da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, traz um o entendimento de promoção da saúde para além do modelo de níveis de prevenção.<sup>5</sup>

Situando o contexto social, político e econômico em que estas propostas se configuram, torna-se essencial desvelar seus rebatimentos nas propostas de saúde ampliada e sua funcionalidade no processo de ajustamento das políticas sociais. Em que medida a expansão dessas propostas foram influenciadas pelas políticas de ajuste neoliberal? As profundas mudanças operadas nesse momento histórico nos permitem reconhecer os rebatimentos na política de saúde.

---

<sup>5</sup> O debate sobre promoção da saúde toma como referência o modelo de Leavell e Clark, proposto originalmente para explicar a História Natural da Doença, apresenta três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. No nível primário, é apresentada como uma das ações a promoção da saúde. No entanto, os autores destacam que nesse modelo o foco central é a prevenção da doença (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2012, p. 26). Nesse sentido, a noção de promoção da saúde a partir da Carta de Otawa é considerada pelos autores um avanço nas discussões.

## 2 A DIMENSÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA

O processo de contrarreforma na saúde veio acompanhado da retração dos movimentos sociais, da desvinculação da questão social ao processo de exploração capitalista e da individualização das relações sociais. Diante deste cenário, **questionamos como tem se dado o reconhecimento da dimensão social do processo saúde-doença**<sup>6</sup>.

A influência desses debates pode ser reconhecida na análise dos conteúdos dos cursos de especialização, em especial, sendo possível identificar diferentes formas de reconhecer as concepções de saúde e sua dimensão social.

Quadro 1 – Análise dos cursos de formação de especialistas em Saúde da Família (MS/UNA-SUS). Concepções do Processo saúde doença.

INSTITUIÇÃO	CONCEPÇÕES DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA
UERJ	Complexidade e integralidade biopsicossocial (Donato, 2015, UERJ).
UFMG	Determinantes Psicossociais (Faria et al., 2009, p. 39)
UFMS	Determinantes Sociais (Correia, 2010a, et al. p. 122)
UFSC	Promoção da Saúde (Verdi, Da Ros, Souza, 2012, p. 20-23)
UNIFESP	Saúde no plano subindividual, individual e coletivo (Vianna, 2014, p. 5)
UFMA	Saúde como bem comum / Direito Social (Garcia, 2014, p. 9-11)

A reflexão realizada por Donato (2015) apresenta a análise da saúde e do adoecimento sob a ótica da **complexidade e da integralidade biopsicossocial**. Toma como ponto de partida a abordagem centrada na integralidade na qual “saúde e doença não decorrem de fenômenos restritos à ordem biológica” e propõe repensar a noção de causalidade e determinação no campo da saúde, ao considerar os processos de natureza biopsicossocial relacionados à vida humana em sua plenitude.

O movimento proposto pelo autor no entendimento do processo saúde-doença, apesar de pretender se constituir em estímulo para considerar as diversas dimensões da vida, ainda é feito sob a perspectiva da influência dessas dimensões voltadas para a

<sup>6</sup> Na pesquisa foram analisados os materiais didáticos de cursos de especialização em Saúde da Família, disponibilizados pelo portal do UNA-SUS, por meio eletrônico, publicados entre 2009 e 2016, ofertados pelas seguintes universidades: UERJ, UNIFESP, UFMG, UFMA, UFMS e UFSC, com análise dos eixos: concepção de saúde-doença, política de saúde, processo de trabalho, educação em saúde, família, comunidade e instrumentos de abordagem.

doença, apresentando um movimento aparentemente sem contradições. Ao se reportar à noção de complexidade, fica clara sua fundamentação na perspectiva sistêmica. Neste caso, afirma que a dimensão social da saúde é mais uma das dimensões que deve ser reconhecida no processo saúde doença, com ênfase em seus condicionantes excessivamente subjetivos, que não ultrapassam o nível individual. O autor não menciona as contradições de ordem social e condiciona a saúde à “capacidade de fazer frentes aos desafios inerentes à própria existência”, situando a responsabilidade pela condição de saúde à pessoa.

Faria et al. (2009, p. 39), elegendo a perspectiva dos **Determinantes Psicossociais**, reconhecem que é “consenso no pensamento social contemporâneo que os indivíduos são determinados por sua posição na sociedade”. O exemplo “claro e evidente” dessa determinação macrosocial sobre a vida das pessoas “é a acentuada diferença entre as possibilidades de desenvolvimento e realização pessoal que estão dadas para as populações dos diversos países”. Ao considerar as “determinações macro” nesse processo, também apontam a possibilidade dos indivíduos de fazerem escolha e se comprometerem coletivamente. Sobre a concepção de saúde, rejeitam “uma definição tradicional da saúde”, considerando “puramente negativa, pois nela a saúde é considerada como simples ausência de doenças”, bem como rejeitam a concepção positiva da OMS. Assim, apresentam uma terceira definição que, influenciada pela carta de Otawa, 1986, “entende que a saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas”, definição que, como afirmam, “tem conquistado progressivamente mais espaço no setor saúde”.

Sobre os determinantes sociais da saúde, reconhecem o campo físico ou ambiental, mas também destacam as determinações para o campo psicossocial. Por outro lado, esses comportamentos são tratados como “objeto de uma escolha individual que se pretende ser essencialmente livre, independentemente de determinantes sociais”. Os autores fazem uma clara crítica à medicina baseada em evidências e citam uma série de estudos que correlacionam as condições de saúde com as condições de vida e social. A análise dos autores parece não vincular as determinações sociais ao campo psíquico. Contudo, ao afirmarem que essa determinação se realiza “predominantemente” pela mediação psíquica, situam a responsabilidade pela condição de saúde no plano individual, negando o movimento dialético entre as demandas individuais e coletivas, entre subjetividade e determinações sociais.

Correia et al. (2010, p. 122) fazem a discussão sobre **Determinantes Sociais da Saúde**, considerando que “os fatores que podem interferir no estado de saúde do indivíduo e da coletividade podem ser fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais”. Recuperam a afirmação de que, até o século XIX, o conceito era

meramente biológico, destacando o conceito ampliado de saúde. Apontam a diferença entre os determinantes da saúde dos indivíduos e de grupos e populações, ao afirmarem que “fatores 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”. Destacam a formação de Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, em 2005, e reafirmam a concepção da OMS como saúde ampliada e sua inspiração para a Constituição de 1988.

A perspectiva apresentada pelos autores reproduz claramente o conceito de saúde da OMS e o debate das agências internacionais sobre determinantes sociais da saúde. Quanto ao debate sobre determinação social e determinantes sociais no processo saúde doença, Rocha e David (2015, 129) apresentam uma importante reflexão que aponta que determinação social é entendida “como uma perspectiva que considera o campo mais amplo na qual se produzem os processos saúde-doença, buscando trazer para o plano da consciência uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social”; enquanto determinantes sociais “expressa o privilegiamento da identificação de variáveis sociais mensuráveis sobre uma compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde”. Na análise, os autores vinculam o debate sobre determinação social da saúde a abordagem marxista vinculada ao movimento de Reforma Sanitária, e no debate sobre os determinantes sociais, a influência do neopositivismo e da ciência contemporânea que reduziram o conceito a um fator causal empírico, através do uso de métodos e inferências estatísticas.

Verdi, Da Ros, Souza (2012, p. 25) abordam a **Promoção da Saúde**. Os autores apontam duas tendências de debate sobre a promoção da saúde: a de enfoque fortemente comportamental, expresso por meio de ações de saúde que visam à transformação de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, considerando o ambiente familiar, bem como o contexto cultural em que vivem, priorizando aspectos educativos ligados a fatores de riscos comportamentais individuais que se aproximam muito do modelo preventivo; a outra tendência considera fundamental o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, cujo amplo espectro de fatores está diretamente relacionado com a qualidade de vida individual e coletiva. Assim, promover a saúde envolve também “dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural. Por fim, promover a saúde implica uma abordagem mais ampla da questão da saúde na sociedade”, com destaque para conceitos como “*empowerment* comunitário” e “*empowerment education*”. Nessa direção, consideram a saúde como [...] a capacidade para viver a vida de modo autônomo, reflexivo e socialmente responsável, cujo



núcleo de intervenção do setor da saúde deve ser em torno dos “serviços e territórios” (VERDI, DA ROS, SOUZA, p. 26, 2012).

A referência à Promoção da Saúde, mesmo que seja ao seu caráter mais ampliado, coloca como estratégia de vinculação com as demandas coletivas o empoderamento (cujo conceito será analisado no debate sobre educação em saúde). Mesmo que considerem as determinações sociais na vida dos indivíduos, ainda remetem à questão comportamental e individual.

Sobre a perspectiva individualista presente na discussão sobre a Promoção da Saúde, Correia e Medeiros (2014, p. 142) afirmam que “a propagação da onda conservadora condicionou um retorno a uma visão individualista e liberal correspondente à racionalidade”, que insinua que cada indivíduo é responsável pelo seu estado de saúde e pelas enfermidades que o acometem. Apontam que essa compreensão do processo saúde doença “possibilita e contribui com a análise das determinações interdependentes do processo saúde-doença, constituído por complexos”.

Souza et al. (2014, p. 2265) aponta para a influência das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista no debate sobre a promoção da saúde. Apontam que na perspectiva do referencial crítico-social o *empowerment* possui dois sentidos, o psicológico ou individual e social ou comunitário que “possibilita que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre a própria vida, capaz de influenciar e adaptar-se ao seu meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade”. Dessa forma, o debate sobre a promoção da saúde também apresenta contradições que vão se expressar desde o debate sobre a política de saúde até o processo de trabalho, a abordagem familiar e comunitária e a educação em saúde.

Em sua produção, Vianna (2014, p. 05, Unifesp) inicia seu texto propondo uma análise da determinação social e histórica do processo saúde doença. Questionando o conceito da OMS, apresenta um conceito de saúde que aborda o **plano subindividual, individual, coletivo**. Referenciado por Brêtas e Gamba (2006), Vianna (2014, p. 9) confirma que “por mais que se pense a saúde na dimensão do coletivo, é o ser humano que adocece e, como tal, requer cuidados. A saúde e o adoecer são experiências subjetivas e individuais, conhecidas de maneira intuitiva, dificilmente descritas ou quantificáveis”. No entanto, a autora aponta que é “necessário compreender as condições impostas como passíveis de interferência e atentar para não culpar os indivíduos quando tais condições são insalubres e interferem em seu estilo de vida”. Nessa abordagem, a autora, recorre a vários autores para construir uma argumentação de defesa da saúde para além das determinações sociais, e para isso articula reflexões que enfatizam as questões subjetivas e a perspectiva individual, alertando para o risco de uma possível responsabilização dos indivíduos. No

reconhecimento da dimensão social da saúde, seu texto não aborda as contradições e processo de participação e mobilização social.

O texto de Garcia (2014, p. 9) define a saúde **como bem comum e direito social**. Apresenta o conceito de saúde ampliado afirmando que “os fenômenos da saúde e da doença compreendidos como processos sociais, históricos, complexos, orgânicos, conflitantes, dependentes e incertos constituem bases para discussões sobre saúde, cultura e sociedade, presentes neste módulo”. Apresenta uma análise sobre a cultura para aproximação dos profissionais de saúde à realidade de seus usuários. Para o autor, a saúde como bem comum, com direito social, com componente do exercício de cidadania deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Sendo assim, não consiste em um “bem de troca”, mas em um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologias desenvolvidas pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Em síntese: saúde como componente e exercício da cidadania” (GARCIA, 2014, p. 11).

Sobre a noção de bem comum, Correia (2015) que aponta as limitações dessa visão institucionalista em que “há uma ilusão recorrente em torno da ideia de que o Estado, enquanto promotor do interesse coletivo, é o pilar da produção do bem comum”. Em sua análise, aponta as particularidades do Estado capitalista e seus limites na atuação “enquanto suposto mais importante produtor do bem comum”.

Nesse sentido, a questão de saúde precisa ser situada no seio da sociedade capitalista, em que as políticas sociais possuem um caráter contraditório e o Estado, também responde diretamente aos interesses do capital. Ao considerar os movimentos de disputa entre projetos de saúde, em um contexto de contrarreformas, torna-se necessário que as concepções de saúde, em sua dimensão social, considerem as disputas e interesses existentes no processo de construção do SUS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O reconhecimento da concepção do processo saúde-doença assumida pelos cursos revela que a dimensão social da saúde é abordada a partir do enfoque subjetivo e individual. O processo saúde doença é apresentado a partir da complexidade e integralidade biopsicossocial, dos determinantes psicossociais, dos determinantes sociais, da promoção

da saúde, plano subindividual, individual, coletivo, a noção de bem comum que revela que a dimensão social da saúde é abordada a partir do enfoque subjetivo e individual.

É evidenciado o movimento em dar relevância às questões de ordem psíquica, que, no entanto, são abordadas desvinculadas das determinações sociais. A condição de saúde voltada para o indivíduo, quando colocada no plano coletivo sob a perspectiva do empoderamento, reforça a visão individualista desse processo.

A fragilidade do processo de formação constatada no conteúdo dos cursos também alerta para a necessidade de construção de conteúdos críticos, articulando os debates sobre formação social do Brasil, política social, política de saúde, na direção dos princípios da Reforma Sanitária, que forneçam elementos para análise e intervenção em saúde na atual conjuntura.

## REFERÊNCIAS

BRAVO, Maria Inês Souza. Principais marcos e características da atenção à saúde nos países centrais. *Em Pauta*. Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n.13, 1998. p. 117-140.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo, Cortez, 2013.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. *Participação*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5. Ana. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade05.pdf>. Acesso em: 11/08/2015.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). *Enfermagem e saúde do adulto*. São Paulo: Manole, 2006.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, Dec. 2008. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso). access on 09 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S. [et al.]. (ORGs). Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família. In: *Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família*, 2010, vol. 2 / P769. Correia...[et al.]. (ORGs) – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010a. Disponível em:<file:///E:/UNASUS/UFMS/SAUDE%20DA%20FAMILIA/Políticas Públicas de Saúde Vol 2.pdf>. Acesso em: 08/11/2015

CORREIA, Maria Valéria Costa; MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade Medeiros. As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma

Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. COSTA, Dalva Horacio (orgs). São Paulo, Hucitec, 2014.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvia Maria Godinho Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio Malagon. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013. 119p.

SÁ JÚNIOR, Luis Salvador de Miranda. *Desconstruindo a definição de saúde*.

Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM) jul/ago/set de 2004, pg 15-16.

Disponível em: <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf>. Acesso em: 31/07/2016

DONATO, Ricardo. Novos Paradigmas em Saúde. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS; Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ.2015.

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2496>. Acesso em 09/11/2015.

FARIA, Horácio Pereira de et al. *Processo de trabalho em saúde*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

Disponível em: [file:///E:/UNASUS/UFMG/3%20Processo%20de%20Trabalho/processo%20de%20trabalho%20em%20saude%20\(1\).pdf](file:///E:/UNASUS/UFMG/3%20Processo%20de%20Trabalho/processo%20de%20trabalho%20em%20saude%20(1).pdf) . Acesso em 08/11/2015.

GARCIA, Paola Trindade Paola, PINHO, Judith Rafaelle Oliveira (Org.) *Saúde e sociedade: Estratégias de apoio às Equipes de Saúde da Família*. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA / - São Luís, 2014. Disponível em:

<file:///E:/UNASUS/UFMA/Atenção%20Básica/Unidade%204.pdf>. Acesso em:

09/11/2015.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal.

Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2015; 49(1):129-135.

SÁ JÚNIOR, Luis Salvador de Miranda. *Desconstruindo a definição de saúde*.

Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM) jul/ago/set de 2004, pg 15-16.

Disponível em: <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf>. Acesso em: 31/07/2016.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paul, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)

[89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 de julho de 2016.

SOUZA, Janaina Medeiros de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 2265-2276, July 2014 .

VASCONCELOS, Ana Maria de. Sistema Único de Saúde, profissões de saúde e formação. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. *Temporalis*, Abepss, ano VII, n.13, p. 151-183, jan./jun.2007.

VERDI, Marta Inez Machado; DA ROS, Marco Aurélio; SOUZA, Thaís Titon de Souza. *Saúde e sociedade*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

[Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; 2. ed., rev. e ampl. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <file:///E:/UNASUS/UFSC/Atenção%20Básica/Saúde%20e%20Sociedade%202.pdf>. Acesso em: 09/11/2015.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. *Processo Saúde Doença*. Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde da Família. PAB 5. Revisão de Celso Zilbovicius e Daniel Almeida Gonçalves. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: [file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade01%20\(1\).pdf](file:///E:/UNASUS/Unifesp/PAB/PAB5/unidade01%20(1).pdf). Acesso em: 11/08/2015.