



**MARXISMO, DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DOS/AS USUÁRIOS/AS: DO MODELO BIOMÉDICO AO BIOPSISSOCIAL EM BUSCA DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM SAÚDE**

**MARXISMO, DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LOS USUARIOS: DEL MODELO BIOMÉDICO AL BIOPSISSOCIAL EN BUSCA DE LA ASISTENCIA INTEGRAL EN SALUD**

Anny Karollyne Costa da Silva<sup>1</sup>  
Huto Andrade Silva de Lima<sup>2</sup>

**Resumo:** O artigo em tela tem como objetivo trazer reflexões sobre a saúde, seus determinantes e sua determinação, visando descobrir as potencialidades de sua apropriação pelos profissionais da saúde. Todavia, o intento deste breve ensaio é deixar claro a concepção de saúde fundada no materialismo histórico-dialético como condição de realização das conquistas de gênero humano. Para isso, recorreremos a alguns autores em uma tentativa de releitura dos fundamentos marxistas, associando teoria e prática. Os apontamentos realizados surgiram das vivências e inquietações nos espaços de acompanhamentos clínicos e sociais aos usuários/as, visitas multiprofissionais nas enfermarias, reuniões e visitas domiciliares, enquanto residentes da área médica e multiprofissional em dois cenários de prática distintos, uma Unidade de Saúde da Família, situada na Atenção Primária em saúde e em um Hospital Universitário, integrado à rede de média e alta complexidade em saúde. Diante disso, o olhar é voltado a compreender que a determinação social da saúde se faz pela análise do modo de produção, isto é, da estrutura macrossocietária e conjuntural. Dessa maneira, as condutas dos diversos profissionais da saúde não podem estar pautadas somente no aspecto biomédico e medicamentoso, deslocada dos fatores econômicos, sociais, psicológicos-comportamentais, culturais, ambientais, étnico-raciais entre outros que se interseccionam e incidem no processo saúde-doença dos/as usuários/as. Ademais, esse conceito ampliado de saúde é um elemento primordial para que se desdobre a prática interprofissional entre as diversas áreas que formam as equipes de saúde no SUS e almejam ofertar uma assistência à saúde integral.

**Palavras-chave:** Determinantes de Saúde. Determinação Social. Equipes de Saúde. Assistência Integral

**Resumen:** El artículo tiene como objetivo ofrecer reflexiones sobre la salud, sus determinantes y su determinación, con el fin de descubrir las potencialidades de su apropiación por parte de los

<sup>1</sup> Assistente Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte -UFRN. Assistente Social Residente no Programa Multiprofissional em Terapia Intensiva Adulto no Hospital Universitário Onofre Lopes, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. (HUOL-UFRN). ORCID: 0000-0002-1673-934X. E-mail: karoliscosta@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Médico Residente no Programa de Medicina da Família e Comunidade, vinculado ao Hospital Universitário Onofre Lopes e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL-UFRN). ORCID: 0009-0004-7819-6725. E-mail: [hutolima@yahoo.com.br](mailto:hutolima@yahoo.com.br)

profesionales de la salud. Sin embargo, el propósito de este breve ensayo es dejar claro la concepción de salud basada en el materialismo histórico dialéctico como condición para la realización de las conquistas del género humano. Para lograr esto, recurrimos a algunos autores en un intento de reinterpretar los fundamentos marxistas, asociando teoría y práctica. Los señalamientos realizados surgieron de las experiencias e inquietudes en los espacios de seguimiento clínico y social a los usuarios/as, visitas multiprofesionales en las enfermerías, reuniones y visitas domiciliarias, mientras éramos residentes en el área médica y multiprofesional en dos escenarios de práctica distintos: una Unidad de Salud Familiar, ubicada en la Atención Primaria en salud y en un Hospital Universitario, integrado a la red de media y alta complejidad en salud. Ante esto, la mirada se dirige a comprender que la determinación social de la salud se realiza mediante el análisis del modo de producción, es decir, de la estructura macrosocietaria y conjuntural. De esta manera, las conductas de los diversos profesionales de la salud no pueden estar basadas solo en el aspecto biomédico y medicamentoso, desvinculadas de los factores económicos, sociales, psicológicos-conductuales, culturales, ambientales, étnico-raciales, entre otros, que se entrelazan e inciden en el proceso salud-enfermedad de los/as usuarios/as. Además, este concepto ampliado de salud es un elemento primordial para que se desarrolle la práctica interprofesional entre las diversas áreas que forman los equipos de salud en el Sistema Único de Salud (SUS) y aspiran a ofrecer una asistencia sanitaria integral.

**Palabras clave:** Determinantes de Salud. Determinación Social. Equipos de Salud. Atención Integral.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, observamos uma crescente tendência para a realização de estudos que abordam as relações entre saúde e fatores econômicos, sociais, ambientais e outros, contrapondo-se à produção científica do século XIX e início do século XX. Outrossim, muitas dessas produções na área da saúde ou não explicam a concepção de saúde sobre a qual se fundam, ou partem do pressuposto de que tal concepção é um consenso universal, não deixando qualquer margem de dúvida ou divergência entre os interlocutores (ALMEIDA FILHO, 2011; FLEURY- TEIXEIRA, 2009).

Um ponto de partida fundamental é reconhecer que há divergentes construtos teóricos entre a noção de determinantes sociais da saúde e determinação social da saúde. A relação entre saúde e doença é atravessada por várias teorias interpretativas e concepções que buscam - seja através de sistemas teóricos filosóficos, seja do imaginário social (MINAYO, 1988) - explicações causais para as doenças. Desde as concepções primitivas, fundadas em uma explicação mágica, passando pelas explicações que correlacionavam o organismo humano com elementos da natureza, pelas explicações religiosas, até as concepções mais atuais da ausência de doença e estado completo de bem-estar

biopsicossocial. Como nos esclarece Oliveira (2000), as teorias sobre o processo saúde-doença expressam determinadas visões de mundo, de acordo com o grau de domínio sobre a natureza e o modo hegemônico de interpretar a realidade em cada momento histórico.

A exemplificar, a teoria mecanicista sob forte inspiração dos pensadores Galileu, Descartes e Newton, segundo a qual tudo se explica pelos efeitos e causalidades, contribuiu para o surgimento do modelo convencional em saúde. O deísmo, como postura filosófica religiosa incidiu fortemente nesse pensamento, sustentando a tese de que o universo é um mecanismo e para a biologia, tudo o que ocorre no ser vivo está determinado.

Já no século XIV podemos nos deparar com a ascensão do modelo biomédico. Nesse período, diversos países foram assolados com a propagação de doenças infectocontagiosas, a exemplificar a Peste Negra, resultando na morte de milhares de pessoas em virtude da ausência de saneamento básico e organização da assistência à saúde. O conceito de saúde que reverberava era o da ausência de doença, expressando os moldes do funcionalismo<sup>3</sup> como nuance do positivismo. Assim, o sujeito era visto como 'engrenagem de uma máquina', na qual, a sociedade está estruturada de forma coerente a um sistema, com cada sujeito desempenhando uma função específica. Posteriormente, estudiosos apontaram essa concepção como restrita e conservadora sobre o conceito saúde/doença, ao procurar respostas apenas à cura de alterações ou doenças na dimensão individual.

É inegável que esses estudos trouxeram contribuições relevantes. Contudo, observa-se que as discussões teóricas, em sua grande parte, voltam-se para as expressões imediatas da questão. A discussão de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) não pode estar dissociada da análise do modo de produção capitalista, em sua estrutura societária composta por duas classes antagônicas- burguesia e proletariado- na qual o trabalho é realizado com base na exploração de uma classe sobre a outra. Assim, apoiados nas teorias de Marx e Engels, o materialismo histórico-dialético desenvolve uma ciência na qual o objeto de estudo é o Ser Social.

Acreditamos que somente com a discussão da ordem societária vigente, em suas bases fundamentais e dinâmicas é que poderemos compreender os desdobramentos desta

---

<sup>3</sup> O Funcionalismo Estrutural constrói uma linha de pensamento em que a sociedade é constituída por partes, e cada uma possui suas próprias funções, esperando-se que cada uma trabalhe em conjunto com as demais para promover a estabilidade social.

sociedade para a problemática da saúde. Assim é preciso construir a história a partir do objeto de pesquisa e do movimento da realidade. Ao contrário, a discussão torna-se rasa, imediatista e superficial. Não adianta intervir na "ponta", isto é, nas consequências de um determinado problema, conservando a sua base.

Nesse sentido, no texto que se segue apresentaremos também a determinação social da saúde a partir de uma perspectiva crítica e dialética de análise, visando descobrir as potencialidades de sua apropriação pelas diferentes áreas da saúde. Tal conceituação é fundamental para explicar as relações entre o processo saúde-doença na dimensão individual e coletiva, evidenciando a totalidade, a determinação social, e não meramente a realidade fenomênica, em que aparecem somente os elementos que causam a doença. Ademais, em termos conceituais e históricos, foi somente a partir da 2ª Guerra Mundial (1945) que se definiu a saúde como um completo estado de bem-estar social. O foco neste modelo biopsicossocial não é apenas a doença em si e seu tratamento, mas todos os aspectos que estariam diretamente relacionados ao fenômeno do adoecer, sejam eles fisiológicos, psicológicos, sociais dentre outros. Desse modo, ampliou-se a interpretação que a doença não é permanente, sim um estado-meio.

Por último, realizamos alguns apontamos que surgiram das vivências e inquietações nos espaços de acompanhamentos clínicos e sociais aos usuários/as, visitas multiprofissionais nas enfermarias, reuniões e visitas domiciliares, enquanto residentes da área médica e multiprofissional em dois cenários de prática distintos, uma Unidade de Saúde da Família, situada na Atenção Primária em saúde e em um Hospital Universitário, integrado à rede de média e alta complexidade em saúde, ambos vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. O intento foi identificar e analisar como os determinantes e condicionante da saúde se desdobram nos diferentes espaços de intervenção pela equipe profissional.

## **A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS - UMA ANÁLISE CRÍTICA E AMPLIADA.**

Ao começarmos nossa análise a partir de Juan César Garcia, a saúde constitui condição de "máximo desenvolvimento das potencialidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado" (GARCIA, 1989,

P.103). Tal definição nos leva ao entendimento que saúde significa estar vivo e em condição de nos objetivarmos como humanos, de realizarmos o máximo dentro do que a humanidade já estabeleceu como possibilidades. Assim, fica evidente que essa objetividade não depende somente da regularidade anatomofuncional do corpo, mas também da possibilidade de apropriação daquilo que a humanidade produziu. Os produtos humanos que necessitamos para nos objetivarmos incluem: alimentos, moradia, educação, meio ambiente, transporte, serviços de saúde, hábitos e estilos de vida, entre outros 'determinantes sociais da saúde'.

Dentre as expressões da questão social estão: a fome, o desemprego, as diversas manifestações de violência, a miséria, entre outras. Todas estas expressões são provenientes de uma sociedade "onde todas as relações humanas são subordinadas ao imperativo do lucro e aquilo que não propicia ganhos é visto como algo insensato, inoportuno e irrealista" (ENGELS, 2008 apud GOMES, 2014, p. 8). Nesse sentido entende-se que "a saúde se torna uma expressão da questão social, quando reconhece que a saúde é produto de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes que fazem parte das relações sociais" (GOMES, 2014, p. 9). Além disso, por estar atrelado ao âmbito das relações sociais, o processo saúde-doença se incorpora na dinâmica cultural, econômica e social e nas suas repercussões. As expressões da questão social "são injustas e inaceitáveis e, por isso, são denominadas de iniquidades" (GOMES, 2014, p.9).

Esses 'determinantes sociais da saúde', sinalizados nas diversas políticas de saúde são as expressões da questão social ou desdobramento destas - *em relação direta com a lei geral de acumulação capitalista*.

Embora a Determinação social da saúde e os determinantes sociais da apareçam entrelaçados nos estudos relacionados à compreensão dos fatores que influenciam a saúde das populações, eles têm enfoques ligeiramente diferentes. Enquanto os determinantes sociais da saúde identificam os fatores que impactam a saúde, que moldam as condições de vida das pessoas, a determinação social da saúde vai além, explorando as interações complexas e contraditórias da sociabilidade capitalistas, suas relações, para explicar as desigualdades em saúde. Ambos os conceitos são fundamentais para abordar questões de saúde pública e desenvolver políticas eficazes para melhorar a saúde das populações.

Em seu arcabouço teórico, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (2006) promulga que os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais,

psicológicos e comportamentais que interferem na condição de saúde e na exposição da população a situações de risco (BUSS E PELLEGRINI-FILHO,2007). Em suma, são as condições sociais de vida e trabalho dos indivíduos.

Tal fundamento elenca que "os determinantes estruturais e as condições de vida cotidiana constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países"; circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença. Nessa perspectiva teórico-política, o que determina as condições de vida é não somente o lugar ocupado por cada indivíduo na hierarquia social (CDSS,2010, p.1)

Esse raciocínio posto em evidência é o que serviu de subsídio teórico para o modelo de "influência em camadas" utilizado pela CDSS-OMS, a partir da concepção desenvolvida por Dahlgren e Whitehead (1991), reformulado por Diderichsen e Hallqvist (1998) sendo posteriormente adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Este modelo faz associações entre a estratificação socioeconômica a partir dos eixos de renda, escolaridade, gênero, cor da pele e habitação; e os resultados da saúde, em que comparecem as iniquidades em saúde resultantes das diferentes exposições, vulnerabilidades e conseqüências de acordo com a posição social ocupada por indivíduos e grupos.

Figura 1: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS E PELEGRINI FILHO, 2007, p. 84

Embora haja o reconhecimento da CDSS, ao analisar criticamente as formulações, percebemos um forte risco de 'culpabilização' dos sujeitos na adoção dos fatores determinantes de saúde como categorias explicativas da saúde. Autores de referência esclarecem:

A determinação social da saúde está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou até mesmo a uma inadequação alimentar. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica [...]. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2011, p.75).

Ainda que o modelo Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) tenha como objetivo superar a fragilidade explicativa, ampliar o olhar sobre os determinantes, ao elencar que as condições de saúde e doença é influenciada pelo contexto social, condições de vida, trabalho e as condições macroestruturais, não conseguem explorar as relações dialéticas existente entre as diversas instancias, ocultando seus nexos de determinação (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013). Assim, se por uma lado contemplam questões fundamentais, por outro, para (BREILH,2013) o reducionismo dessa abordagem ocorre devido ao ocultamento de importantes categorias de análise, tais como relações de produção, reprodução social, dificultando uma análise mais crítica em torno da essência do processo de acumulação capitalista, da dinâmica da sociedade de mercado no que se refere a exploração da vida humana e reprodução ampliada das desigualdades sociais, com severos efeitos no campo da saúde.

Além disso, é preciso deixar claro que nessa vertente, as alternativas para o impacto dos determinantes sociais da saúde são pensadas no âmbito das ações governamentais limitadas ao caráter funcionalista, tendo em vista, que reduzem a perspectiva a superação das desigualdades sociais em prol das 'melhorias nas condições de vida' e à possibilidade de 'repartir recursos', ou seja, à dinâmica de redistribuição estatal. Isto é, não há o reconhecimento que a acumulação capitalista é incompatível com modos de vida saudáveis. (BREILH,2013). Nesse cenário, o enfoque dos determinantes sociais do processo saúde-doença reforça e fortalece a os ditames da ordem societária vigente.

É na confluência de fatores, que a perspectiva exposta acima, sofreu críticas contundentes no âmbito da saúde coletiva e da medicina social latino-americana (NOGUEIRA,2009;BREILH,2013;GARBOIS;SODRÉ;DALBELLO, ARAUJO,2017).

A determinação social da saúde é uma concepção que compreende a saúde- doença como um processo dialético, sendo, no modo de produção capitalista, uma expressão da contradição e desigualdade. Dito de outro modo, a concepção de determinação social da saúde parte do caráter histórico e social dos problemas de saúde e do processo saúde doença (ALMEIDA-FILHO;2011). Assim, compreende estruturalmente os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais. Nessa concepção, adoecer assim como o acesso à saúde em seu sentido amplo e as formas de morrer.

É nesse sentido, que ao formular constructos teóricos sobre os DSS a partir das raízes da lei geral da acumulação capitalista, da questão social e seus desdobramentos para a saúde, para além de abordagens reducionistas, que Oliveira et al (2013) esclarece que a determinação da saúde é essencialmente econômica, uma vez que, os DSS consistem em condições sociais com raízes materiais precisas, que vão adquirindo novas formas de acordo com o momento histórico vivido pelo sistema do capital, mas que não deixa de compor uma questão social - *una*. Contudo, ainda assim, evidencia a necessidade de não desconsideramos todas as mediações existentes entre a totalidade social e a singularidade da saúde, dentro dos "complexos dos complexos", tal como conceituado por Lukács (1981). Caso contrário, estaríamos fadados a uma determinação linear e mecânica.

Para Oliveira et al (2013) todos os problemas sociais rebatem sobre a saúde, como demonstra os DSS. Mas é preciso dizer que não são problemas desconexos entre si, nem fragmentos da realidade que ganham autonomia. Pelo contrário, constituem uma questão *una*, com sua base objetiva imbricada no processo de trabalho tal como ele é desenvolvido no capitalismo. As mazelas sociais emergem na base material. Portanto, temos no processo de acumulação capitalista a determinação essencial para a problemática da saúde. A problemática na saúde ora é fruto dela, ora é condicionada por ela.

Resultando da abordagem latino-americana, essa noção de determinação social da saúde é ancorada no referencial teórico do materialismo histórico e dialético e estabelecendo a associação direta entre o processo saúde-doença e a dinâmica de produção capitalista. (DOWBOR,2008). Colocando em evidência as contradições inerentes a

sociabilidade capitalista, que se confrontam e geralmente negam as reais necessidades dos usuários.

Nesse ínterim, tem como base a problematização da estrutura de classes para a compreensão das iniquidades em saúde. Tal perspectiva ganhou notoriedade na constituição da epidemiologia social latino-americana, assim como na história do movimento sanitário brasileiro (NOGUEIRA,2010).

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 da reprodução social onde estão localizadas e podem ser explicadas as singularidades. Nessa 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).

Esta premissa aponta que a concepção do processo saúde doença é historicamente determinada, sendo ainda definidora de práticas com ideologias e intencionalidades que tem o potencial de ampliar ou restringir a relação existente entre saúde e sociedade, e efetivar respostas que privilegiem as necessidades do capital ou as reais necessidades da classe trabalhadora.

Como sabemos, na trajetória de lutas políticas e sociais, no Brasil, os projetos sanitários em disputa no campo da saúde são expressões dos projetos societários distintos, posto que o modelo biomédico (centrado na patologia, nos procedimentos e nas necessidades de mercado) vincula-se ao projeto de Democracia Restrita e o modelo proposto pelo MRSB (pautado na concepção ampliada de saúde) estabelece vínculos orgânicos com o projeto de Democracia de Massas.<sup>4</sup>

Dessa maneira, o histórico da política de saúde no Brasil partiu do movimento pela saúde pública gratuita e universal – Reforma Sanitária – que culminou na promulgação da garantia de direitos na Constituição de 1988, baseada na carta de Otawwa (1986), e em especial com a LOS (Lei Orgânica da Saúde/1990), que estruturou o SUS. Desde então, se busca aprimorar ações de estratégia de melhoria de saúde, justificada pelos princípios da

---

<sup>4</sup> O projeto de Democracia de Massas preconiza a participação social como força motriz e postula que o Estado é o responsável em formular respostas as expressões da questão social, em oposição ao projeto de Democracia Restrita, pautado na concepção de Estado Mínimo e enfraquecimento de lutas coletivas. (NETTO,1990 apud CFESS,200)

universalidade, integralidade, equidade, e as diretrizes de descentralização e hierarquização (PNPS, 2002).

Assim, a concepção amplamente disseminada no Brasil, impulsionada pela reforma sanitária, sem negligenciar os aspectos biológicos, alicerça no art. 3º da Lei nº 8.080/1990, que os determinantes e condicionantes da saúde são, entre outros: alimentação, meio ambiente, transporte, moradia, trabalho e renda, lazer e atividade física, saneamento básico, educação, acesso aos bens e serviços assistenciais.

É preciso adensar as análises para além das tendências, em que a única coisa a ser feita é a reparação/amenização dos danos gerados pela sociedade capitalista, como se o capital fosse passível de qualquer tipo de "controle ou freio".

Avançar na discussão de como se constituem as desigualdades sociais é imprescindível para romper com a aceitação –imposta ideologicamente– da forma de organização da sociedade. Assim, refletir sobre as iniquidades em saúde implica em considerar a dinâmica social em que as políticas e serviços são pensados e estruturados, num contexto em que, segundo Baudrillard (1995 apud ARAÚJO; XAVIER, 2014, p. 6)

A concepção do conceito de saúde perpassa a exaltação do indivíduo, do privatizado, do singular. Desse modo, inserida em lógica moderna e neoliberal, a saúde passa a ser compreendida como bem de consumo, algo que se deseja consumir e que possui, além de seu valor de uso, também valor-signo conquistado no seio das relações de consumo.

A sociedade contemporânea a partir da ideologia do capital dimensiona suas relações sociais, bem como acentuam as expressões da questão social e forja um cenário de desigualdades, caracterizando-se assim como "líquida, volátil, desregulada, flexível, inconstante, privatizada/individual, desintegrada, egoísta, hedonista, com laços frouxos e afetos solúveis, que tem a racionalidade, a economia e o dinheiro como base da vida social" (BAUMAN, 2007 apud ARAÚJO; XAVIER, 2014, p. 5).

Somente com uma reflexão crítica sobre a ordem societária vigente é que se construirá a base para uma sociedade emancipada do caráter destrutivo do capital. As iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam. Por fim, enquanto existir a lei geral de acumulação capitalista, existirá a 'questão social' e seus

desdobramentos para a saúde, que só pode ser superado em uma outra forma de sociabilidade, ou seja, 'para além do capital' (Merszáros,2009).

## ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DOS/AS USUÁRIOS/AS: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE COMO VIVÊNCIA PRÁTICA OU DESAFIO NAS INTERVENÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE?

O Brasil historicamente enfrenta altos níveis de desigualdade social. O aguçamento das expressões da questão social nos últimos anos tem provocado efeitos deletérios na classe trabalhadora, agravando ainda mais as condições de vida, trabalho, formas de adoecer e acesso às políticas sociais, sobretudo a da saúde. A política de saúde vem sendo alvo de inúmeros desinvestimentos em distintas áreas, contingenciamentos de orçamentos e outras estratégias favoráveis à reprodução ampliada do capital. Assim, nefastas para a classe-que-vive-do-trabalho<sup>5</sup>, que constantemente tem presenciado o sucateamento das Unidades Básicas de Saúde e dos Hospitais Públicos, seja pela ausência de infraestrutura adequada, insumos para os procedimentos, seja pela falta de recursos humanos necessários.

Como nos coloca ROSADO; FREITAS (2020) o que podemos depreender é que os princípios e as diretrizes do SUS, construídos históricos e politicamente com muitas lutas, se chocam com o modelo de sociabilidade capitalista, marcado pela mercantilização das diversas dimensões da vida social, na qual o capital busca explorar tudo o que tenha potencial lucrativo, inclusive as necessidades sociais.

Nesse cenário, observamos como os determinantes e condicionantes da saúde, são identificados e analisados pelos profissionais de saúde. Todavia, a sua processualidade na organização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde nos níveis tanto na Atenção Primária quanto na Média e Alta Complexidade são distintos.

Isto ocorre não pela forma como a Rede de Atenção à Saúde no SUS foi organizada, em suas diretrizes de regionalização e hierarquização dos serviços, mas por alguns tensionamentos estruturais como: a ausência de diálogo entre os Hospitais de Referências e a

---

<sup>5</sup> Antunes (2020) em sua obra "O privilégio da Servidão" está se referindo a totalidade de homens e mulheres, produtivos e improdutivos, desprovidos de meios de produção e que são constrangidos a vender sua força de trabalho no campo e na cidade em troca de salário.

rede de serviços de saúde e assistência social dos diferentes territórios, por vezes, implicando em uma descontinuidade do tratamento que deveria ser compartilhados no pós alta hospitalar; a abordagem ainda centrada na doença e na cura medicamentosa, relegando a segundo plano o biopsicossocial, somando aos elementos que envolvem a formação em saúde<sup>6</sup>, a organização dos processos de trabalho das equipes, sejam elas multiprofissionais e interprofissionais.

Nesse ínterim, as análises surgiram a partir das vivências e inquietações nos espaços de acompanhamentos clínicos e sociais aos usuários/as, visitas multiprofissionais nas enfermarias, reuniões e visitas domiciliares, enquanto residentes da área médica e multiprofissional em dois cenários de prática distintos, uma Unidade de Saúde da Família, situada na Atenção Primária em saúde e em um Hospital Universitário, integrado à rede de média e alta complexidade em saúde, ambos vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

Como sabemos, os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se divididos em três níveis de complexidade: A Atenção Primária à Saúde (APS); a Atenção Secundária à Saúde e a Atenção Terciária à Saúde. O SUS é organizado de forma hierárquica e integrada, envolvendo ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Destaca-se que tais serviços foram organizados dessa maneira, para proporcionar a integralidade do cuidado à saúde da população usuária, conforme a necessidade apresentada e o nível de complexidade existente para o atendimento da demanda solicitada.

Assim, a Atenção Primária à saúde (APS), este refere-se a um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. As equipes de saúde contam com os profissionais da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (com equipe mínima, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico e agente

---

<sup>6</sup> No processo de formação dos profissionais de saúde no Brasil, os diversos constructos teóricos sobre a temática, apontam três tipos de formação predominante: uniprofissional, multiprofissional e interprofissional, com predomínio da primeira, que ocorre entre estudantes de uma mesma profissão de forma isolada; a segunda, entre estudantes de duas ou mais profissões de forma paralela, sem haver interação, e na terceira há aprendizagem compartilhada, com interação entre estudantes e/ou profissionais de diferentes áreas. Em âmbito interno, os profissionais de saúde vivenciam diariamente as dificuldades de uma organização do processo de trabalho de modo interprofissional nos cenários de prática, principalmente, em âmbito hospitalar.

comunitário de saúde e agente de endemias) ou ainda, a unidade é respaldada pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB) farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico e assistente social.

A forma de produzir cuidados na APS ocorre por meio do desenvolvimento de serviços e ações próximas à vida real das pessoas, pautados em relações, processos e lugares. Baseia-se em práticas que são interdisciplinares e intersetoriais ao mesmo tempo, centradas nas interações entre equipes interprofissionais de saúde e sujeitos sociais. Estabelece como foco tanto os determinantes sociais, como a determinação do processo saúde-doença, com a finalidade de assegurar saúde integral e o bem viver.

Andrade et al (2021) nos esclarece que a Territorialização é uma ferramenta primordial para além da delimitação geográfica. É um lugar de vida, trabalho e produção de saúde. As abordagens territoriais permitem aproximações à caracterização da população e das suas necessidades de saúde, os vínculos e ações efetivas são assim viabilizados, as situações de risco são identificadas, conferindo concretude às relações saúde-ambiente-trabalho e possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população.

Na organização do processo de trabalho na APS, o trabalho em equipe caracteriza-se pela relação entre duas dimensões complementares - trabalho e interação humana. Podemos evidenciar condutas interprofissionais ampliadas no indivíduo, na família e na comunidade. Podemos constatar que há uma relação recíproca - de dupla mão -, entre as múltiplas intervenções técnicas dos variados profissionais e a interação desses agentes. Nesse processo, embora alguns estudos apontem lacunas entre o falado e o vivido em relação à interprofissionalidade na rotina de trabalho nos serviços de APS, em tal cenário as relações são mais horizontais entre as profissões. Se aprende sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados em saúde. (OMS,2010).

Para melhor compreender os marcos conceituais, Alvarenga et al (2013) nos esclarecem que a fragmentação do cuidado é comum na multiprofissionalidade, a qual seria a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados respaldam a atuação de cada profissional. Já a interprofissionalidade vincula-se à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação

nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais. Assim, extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional, para uma perspectiva de interprofissionalidade, reduz custos e melhora a produção do cuidado aos usuários, especialmente em situações de elevada complexidade, como são os casos das residências multiprofissionais hospitalares.

Adensando nossas análises, em um outro nível do cuidado em saúde do SUS, na média e alta complexidade, está situada a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Fundamenta-se em procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de propiciar à população acesso a serviços qualificados. Preconiza-se a integração aos níveis de atenção básica e de média complexidade. Todavia, nos deparamos com a descontinuidade do tratamento após alta hospitalar, no lugar da contrarreferência, existe uma fragilidade nesse diálogo com a rede de serviço dos territórios.

Na UTI a equipe multiprofissional de saúde é composta por médicos intensivistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, e assistente social. Nesse ambiente encontramos um serviço especializado, fundamentado no aparato tecnológico, em que o formato da assistência contribui para a fragmentação das demandas. Observamos que em virtude de alguns profissionais não conceberem o usuário como sujeito de direitos, em sua singularidade e totalidade, as demandas são lidas em sua imediatividade, de forma isolada, no sentido de agilizar a resposta à demanda apresentada, sem realizar qualquer relação com as condições de vida do usuário internado.

[...] a intrínseca relação entre saúde e condições de vida se traduz em diversas necessidades de saúde que, enquanto expressão das múltiplas manifestações da questão social, se transforma em problemáticas que interferem na eficácia da política de saúde, constituindo limitações e impedimentos de ordem socioeconômica, cultural e institucional ao pleno desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, especialmente no que se refere às condições necessárias à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e à recuperação da saúde (COSTA, 2011, p. 145).

O formato de intervenção na UTI favorece a fragilidade da assistência integral aos usuários internados e aos seus familiares se apresentando como outro limite. A assistência na UTI realizada de forma compartimentalizada, individualizada, sem uma discussão e reflexão entre os profissionais em prol da recuperação do usuário, o que impossibilita intervenções

compartilhadas, dimensionadas de forma coletiva entre as profissões, no sentido de superar o modelo tradicional, hierarquizado e curativo, centrado no saber médico. Dessa maneira, a organização do processo de trabalho na UTI é multiprofissional, em que cada especialidade atua dentro da sua área, tentando sempre proporcionar o melhor tratamento ao paciente

Peduzzi et al. (2016) ao se debruçar sobre os conceitos e características das equipes de saúde, elaboram um quadro explicando as dificuldades para a operacionalização do trabalho em equipe interprofissional. É possível identificar que tais dificuldades mais repercutem no ambiente de UTI que tende à multiprofissionalidade das profissões, do que às equipes de APS que possuem uma maior operacionalização do trabalho interprofissional. São elas:

- Quebra da comunicação (informações incompletas), rumores (conversas de bastidores), diferentes linguagens especializadas herméticas, mera passagem de informação que exclui a possibilidade de troca entre os diferentes profissionais;
- Desconhecimento do papel ou trabalho dos demais membros da equipe;
- Desconsideração das experiências e saberes de cada membro da equipe;
- Conflitos quanto à abordagem eleita para a assistência ou cuidado dos pacientes;
- Indefinição dos resultados a serem alcançados;
- Ausência de consenso quanto ao projeto assistencial comum;
- Ausência de foco nas necessidades de saúde dos pacientes, destinatários do trabalho em equipe;
- Expectativa de ausência de conflitos e divergências na equipe;
- Trabalhos especializados e suas especificidades técnicas percebidos como trabalhos que têm valor social desigual;
- Surgimento de variadas formas de disputas pelo poder que interferem, direta ou indiretamente, nos processos comunicacionais e de articulação das atividades dos diferentes profissionais;
- Dificuldade de distinguir o que são formas legítimas de disputa pela implementação de propostas ou estilos na consecução do trabalho da equipe, daquelas disputas por ressentimento, vaidades ou interesses pessoais

Para Peduzzi et al. (2016), a necessidade de articular as ações dos diferentes profissionais, estabelecendo uma colaboração entre eles, requer a busca do entendimento, o reconhecimento de suas diferenças e dos benefícios da articulação para a atenção às necessidades de saúde, o que, por sua vez, favorece o deslocamento da ação profissional do foco nos procedimentos para o foco no paciente/usuário e, portanto, para a interação

profissional-usuário e entre os profissionais. Em um cenário de saúde em constante evolução, o trabalho interprofissional permite uma adaptação mais rápida às mudanças nas necessidades da população, incorporando novas pesquisas, tecnologias e abordagens de tratamento.

É mais benéfico para os usuários/as quando há uma equipe articulada que trabalha de forma colaborativa no planejamento das intervenções. Isso pode resultar em uma experiência mais positiva para os usuários/as, pois eles se sentem apoiados por uma equipe que se comunica e coordena efetivamente o tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atual conjuntura do Brasil, reina a defesa do mercado e a subtração da intervenção social do Estado como substrato do ultraneoliberalismo, herança do Governo Bolsonaro. Não podemos pensar os determinantes sociais da saúde desvinculados dos inúmeros retrocessos civilizatórios vivenciados em distintas áreas e os nefastos impactos, ao levarmos em consideração a interseccionalidade de classe, gênero, raça/etnia em uma país de dimensões continentais como o Brasil.

Cotidianamente, observa-se o quanto a política de saúde se materializa de forma contraditória e conflituosa, ora com a afirmação ora com negação de tal direito. Essa política tem sofrido desinvestimentos, fragilidades e antinomias das medidas públicas de enfrentamento às expressões da questão social e as iniquidades em saúde. Ademais, não apenas na dimensão especificamente técnica do combate à disseminação do Coronavírus, como pudemos observar, mas na totalidade das questões de cunho ideológico, humano-social, econômico e político, todas elas mediadas pelas diretrizes conservadoras e reacionárias do último governo de extrema direita.

A saúde pública, enquanto política social e mediadora do trabalho das equipes de saúde encontra-se no bojo de um terreno conflituoso de disputas econômicas, políticas, ideológicas que não raro incidem nas condutas dos profissionais da saúde, a exemplificar o negacionismo e a descrença da ciência e no processo de imunização da população. Vivenciamos e ainda sentimos os respingos de uma onda conservadora, reformista e ácida na defesa de um sistema privado de saúde. O "antídoto" a esse modelo fragmentado é a o

fortalecimento das raízes da reforma sanitária, da pluralidade das categorias profissionais em defesa da saúde pública como direito inalienável dos cidadãos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011

ALVARENGA JPO, Meira AB, Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano FMP, Neto GC, et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. Rev. Enferm. UFPE. 2013; 7(10):5944-51.

ANDRADE, AGM, Carvalho, RCP, Trindade, AAM, Neves, RF, Lima, MAG. Módulo Teórico 2: Território e Determinantes Sociais em Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Curso de Atualização para Análise de Situação de Saúde do Trabalhador –ASST aplicada aos serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia. – Brasília: Ministério da Saúde, pp. 1-37, 2021.

BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et alii (org.) Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 25-47.

BRASIL, Lei n.º. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 16 de nov de 2023.

BREILLH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Medellín, v. 31, supL , p. 13-27, 2013. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>

BUSS, Paulo M. PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007 p. 77-9.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 496-498, 2011. 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. Lisboa: OMS, 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S7-S27, 2008

COSTA, R.V. Atenção à Saúde: Discussão sobre os modelos biomédicos e biopsicossocial. São Paulo, SP. 2007

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n. 62, 2000.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Determinantes sociais da saúde: o "social" em questão. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1173-1182, 2014

GARCIA, J. C. História das idéias em saúde. In: NUNES, E. D. (Org.). *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

MINAYO. M.C.S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 4 (4): 363-381, out/dez, 1988.

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

MINISTÉRIO da SAÚDE. Política Nacional de Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 60 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7) Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 17 de nov de 2023.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set. /dez. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, OPAS, 2006, p. 273-303.

OLIVEIRA, Mac, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(1):9-15

OLIVEIRA, Souza Diego, Vicente da Silva, Sôstenes Ericson, de Oliveira Silva, Neuzianne. Determinantes Sociais da Saúde: Reflexões a partir das raízes da "questão social". *Saúde e Sociedade*, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263657006>. Acesso em 06 de abril de 2023.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*. Tradução. Barueri: Manole, 2016. v. 1. . . Acesso em: 01 de maio de 2023.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. de. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. *SER Social*, [S. l.], v. 22, n. 47, p. 368-388, 2020. DOI: 10.26512/sersocial.v22i47.25428. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25428](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428). Acesso em: 14 nov. 2023.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". *Saúde Soc*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

LUKÁCS, G. Ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1981.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na saúde. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2001. (p 1-32).

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.