



Faculdade Santo Agostinho

REVISTA

SAÚDE

[em foco]

www4.fsanet.com.br/revista/

Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p. 137-149, jan. / jul. 2014

O CONCEITO DE SAÚDE E OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA: CONSIDERAÇÕES E PERSPECTIVAS EM MUDANÇA

THE CONCEPT OF HEALTH AND MODELS OF ASSISTANCE: CONSIDERATIONS AND PROSPECTS IN CHANGE

Julianna Sampaio de Araújo*

Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Latino Americana de Educação

Psicóloga da Prefeitura Municipal de Parnaíba

E-mail: juliannasam@gmail.com

Parnaíba, Piauí, Brasil

Monalisa Pontes Xavier

Doutora em Ciências da Comunicação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Professora do Programa de Pós Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Piauí

E-mail: monalisapx@yahoo.com.br

Parnaíba, Piauí, Brasil

* Julianna Sampaio de Araújo

Prefeitura Municipal de Parnaíba, Centro de Referência de Assistência Social. Rua Doutor João Goulart Mendonça Clark 64218030 - Parnaíba, PI - Brasil

Editora-chefe: Dra. Regina da Silva Santos/Faculdade Santo Agostinho

Artigo recebido em 01/12/2013. Última versão recebida em 05/05/2014. Aprovado em 06/05/2014.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pela Editora-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).



RESUMO

Bom funcionamento orgânico; Ausência de doenças; Completo bem-estar Bio-Psico-Social; A inexistência do conceito exato para o termo Saúde deve-se às variações histórico-culturais pelas quais a evolução do homem e das organizações humanas passou, uma vez que entende-se por saúde a conjuntura econômica, política e cultural de determinada organização social. Partindo da reflexão crítica, esse trabalho tem como objetivo discutir a evolução do conceito de saúde e das relações de cuidado, apresentando reflexões, questionamentos e possibilidades no âmbito da Saúde, a partir de princípios e ideias da Clínica Ampliada. Para tanto se recorreu a revisões bibliográficas e descritivas. Pode-se constatar que a primitiva concepção sobrenatural de saúde foi sendo gradualmente substituída por uma compreensão maciçamente biológica, que atribuía saúde simplesmente ao equilíbrio orgânico e que tinha como principais estratégias a utilização de exames e a conduta medicamentosa. No entanto essa concepção pode ser considerada limitada uma vez que ignora a subjetividade e o contexto e história de vida das pessoas. A Clínica Ampliada apresenta-se como alternativa que se centra não só na doença, mas principalmente na singularidade de cada sujeito, envolvendo o indivíduo, a doença, a família e o contexto histórico social/cultural na compreensão da enfermidade e no estabelecimento de estratégias terapêuticas. É preciso refletir sobre a concepção de saúde e o modelo de cuidado que se defende e reproduz e, a educação, se apresenta como principal estratégia para incitar o questionamento e o debate.

Palavras-Chave: Saúde. Relações de Cuidado. Atuação Profissional. Clínica Ampliada.

ABSTRACT

Good organic functioning; Absence of disease; Full wellbeing Bio - Psycho- Social , The lack of a concept for the exact term health due to the historical- cultural variations in which the evolution of man and of human organizations spent , since what is meant by health reflects the economic, political and cultural specific social organization . Starting from the critical reflection, it was intended with this paper to discuss the evolution of the concept of health and care relationships, presenting reflections, questions and possibilities in the field of Health, as of principles and ideas Clinic Extended. For that we turned to literature reviews and descriptive, by which it can be seen that the primitive supernatural conception health was gradually replaced by an understanding biological massively, which attributed health simply by organic balance and had as main strategies to use examinations and drug therapy. However this concept can be considered limited since it ignores the subjectivity and context and history of life. Extended Clinic presents itself as an alternative which focuses not only disease, but mostly in the uniqueness of each individual, involving the individual, illness, family and social historical context / cultural understanding of the disease and the establishment of management strategies. It is understood that it is necessary to reflect on the concept of health and care model that defends and plays, and education, and presents itself as the main strategy to encourage questioning and debate.

Keywords: Health. Care Relations. Professional Practice. Clinical Extended.

1. INTRODUÇÃO

O termo saúde pode ter como definições: bom funcionamento orgânico; ausência de doenças; completo bem-estar bio-psico-social. Sua concepção, contudo, é traço cultural e, como tal, deve levar em consideração aspectos sócio-contextuais e culturais. Assim o faz Gastão Campos (2003) que, ao discorrer sobre a relação entre saúde e cultura, caracteriza-as como construções histórico-sociais.

O livro Saúde Paidéia Campos (2003) define cultura como algo que diz não apenas sobre o conjunto de costumes, regras e normas que controlam as pessoas, mas como a constituição de modos de lidar com interesses e desejo. Refere-se tanto à experiência de gozo, prazer e do que desperta interesse, quanto à possibilidade e ao desejo de sobrevivência biológica. A partir disso, relaciona a cultura com o conceito de saúde, uma vez que saúde implica a intensidade e os modos de gastar a própria vida que são construídos, delimitados e firmados em contexto social.

A inexistência de conceito exato, fechado para o termo saúde deve-se às variações histórico-culturais pelas quais o desenvolvimento e evolução do homem e das organizações humanas passaram, uma vez que entende por saúde o reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural de determinada organização social.

Deste modo, o que é considerado saudável tende a controlar modos de ser, agir e pensar dos indivíduos, transformando o termo saúde em produtor de padrões de comportamento e constituindo assim parâmetros de normatividade. Isso porque a definição de saúde condiciona o modo de vida dos seres humanos e, portanto, a organização e estilo de vida de determinada sociedade, existindo, assim, a relação de proporcionalidade do tipo quanto mais saudável se é, mais se vive, e vida com qualidade e autonomia é anseio primeiro dos sujeitos.

Diante disso, este trabalho se propõe a discorrer sobre o desenvolvimento do conceito e dos modelos de assistência em saúde tomando como ponto de partida e problematização as relações de cuidado estabelecidas entre profissionais de saúde e os sujeitos assistidos. Para tanto se recorreu a revisões bibliográficas e descritivas, por meio dos quais pode-se constatar que a concepção a saúde foi sendo gradualmente substituída apontando para a necessidade de incorporação dos princípios, diretrizes e mecanismos do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política de Humanização e da Clínica Ampliada em sua definição.

2. O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE SAÚDE

Na antiguidade, prevalecia a concepção sobrenatural de saúde e enfermidade. Segundo Moacyr Scliar (2007), “Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos”. O poder e o domínio sobre as enfermidades eram atribuídas às entidades mágico-religiosas e aos fenômenos naturais, a doença era compreendida como uma forma de controle e punição divina.

É a partir dos escritos atribuídos a Hipócrates, considerado pai da medicina, que a visão mágico-religiosa da saúde/doença começa aos poucos a ser substituída pela concepção racional da medicina. Para Hipócrates, o corpo humano é unidade organizada e a doença é a desorganização desse estado que é causado tanto pela desorganização dos fluidos corpóreos (Teoria Humoral de Hipócrates), quanto por fatores ambientais. Como aponta Scilar (2007) fazendo menção aos escritos hipocráticos, a doença chamada sagrada não é mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença que tem causa natural e atribuir sua origem a entidades supostamente divina reflete a ignorância humana.

Mesmo durante a Idade Média na Europa Ocidental, período histórico no qual a orientação religiosa assumiu grande poder e controle sobre as organizações sociais, o modo de viver e a concepção da doença eram tidos como resultado do pecado e a cura como questão de fé, algumas das postulações hipocráticas continuaram tendo respaldo, principalmente as que alertavam para as questões sanitárias, higiênicas e alimentares.

O desenvolvimento da anatomia e a prescrição dos primeiros medicamentos químicos permitiram que se aprofundassem os estudos acerca dos órgãos, seus funcionamentos e suas funções. Contudo, somente no final do século XIX, com o advento do microscópio e o descobrimento da existência de microorganismos, possíveis causadores de enfermidades, que registrou efetivamente avanços nos estudos sobre as doenças, suas causas e métodos de tratamento (inicialmente soros e vacinas).

Métodos estatísticos, epidemiologia, organização da profissão médica, fisiologia, avanços tecnológicos, etiologia, a urbanização, epidemias, a industrialização e a proletarização, as más condições sanitárias e os altos índices de mortalidade provocaram revolução sobre a medicina e impulsionaram os avanços científicos. A possibilidade de diagnosticar, compreender, prevenir e curar doenças transformou-se em prioridade, tendo como principal finalidade o estabelecimento de medidas de saúde pública e a formação de

sanitaristas que, a partir de medidas de controle social, proporcionassem saúde e uma melhor qualidade de vida para as pessoas.

Mas não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para tal seria necessário consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver a Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse. (SCLIAR, 2007, p.36).

Coube então à Organização Mundial de Saúde (OMS), organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas (ONU), fundada em 1948, definir saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.

No entanto, o conceito postulado pela OMS é passível de críticas e questionamentos. Sem dúvida a iniciativa da organização de estabelecer conceito mundialmente aceito para o termo saúde é válida e admirável no sentido de que se propunha a gerar consenso entre as nações sobre o que deveria ou não ser considerado doença, impulsionando estudos e tecnologias e possibilitando o diálogo global sobre perfil epidemiológico, característica das enfermidades, pesquisas e experimentos desenvolvidos.

A amplitude da premissa da OMS permitiu também que as dicotomias entre corpo e mente, biológico e social, saúde e doença fossem superadas ao admitir a importância das esferas social e psicológica para o estado pleno da saúde.

No entanto, apresenta falhas técnicas no sentido de que é impossível identificar e delimitar o que deve ser admitido como bem-estar ou mal-estar psicossocial, isso porque as concepções variam de acordo com os sujeitos e seus modos de ver, perceber e significar a vida, suas relações e acontecimentos (médico não pode delimitar o que é bem-estar para o seu paciente, as concepções variam). Soma-se a isso a dificuldade de aplicabilidade do conceito nas esferas política e nos serviços de saúde, transformando a saúde em algo ideal e de difícil alcance.

3. A CONTEMPORANEIDADE E AS RELAÇÕES DE CUIDADO EM SAÚDE

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. É assim que Zygmunt Bauman (2007),

importante sociólogo contemporâneo, caracteriza e descreve a organização e o funcionamento da sociedade contemporânea.

A estruturação da civilização moderna, como aponta Maria Severiano (2001), fazendo menção a Habermas, seguiu projeto civilizatório – o Iluminismo – que se baseava em três princípios, sendo eles: a universalidade, que apregoava que todos os homens eram iguais; a individualidade, o homem deveria ser valorizado por si mesmo; e a autonomia, que defendia a liberdade de pensamento, a liberdade da razão.

A consolidação do modelo econômico capitalista, somados ao individualismo, ao imediatismo, ao culto ao prazer e ao presente e às novas formas de relação social, descompromissadas e virtuais (em rede), caracteriza a organização e o modelo de vida da sociedade contemporânea. Como argumenta Cristina Rauter (2000):

Os últimos desenvolvimentos do capitalismo parecem agravar diversas condições concretas que levam ao isolamento, ao esvaziamento da esfera coletiva, ao empobrecimento afetivo das cidades e a modalidades de controle sobre o campo da subjetividade que têm como efeito justamente dissociar a produção da vida material da produção da vida em geral (p.271).

Nesse cenário, pensamos os modelos contemporâneos de assistência em saúde, nos quais se destacam como características a fragmentação da doença e do corpo humano, a valorização da medicina, dos medicamentos e das especialidades médicas, a centralidade do ambiente hospitalar e a assistência voltada para a doença em seus aspectos biológicos, o uso intensivo de tecnologia, a rigidez de papéis profissionais e uma lógica de trabalho que pode ser definida por interesses corporativos ou burocráticos.

Nesse contexto, 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 (BAUDRILLARD, 1995).

Utilizando de recursos históricos, podemos descrever diversos modelos de assistência à saúde, adotados no processo de desenvolvimento e constituição do Brasil e que retratam a constituição da lógica aqui expressa de saúde em seu valor de consumo, como vemos a seguir.

No início da República, os sanitaristas eram os principais técnicos responsáveis pelos cuidados da saúde pública nacional, através de campanhas contra pestes e epidemias. A industrialização, em meados de 1920, trouxe consigo o crescimento do número de

trabalhadores urbanos e as iminentes reivindicações por políticas de assistência à saúde e previdenciárias. Para atender tais exigências, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para os trabalhadores urbanos e os centros de saúde com programas para: pré-natal, vacinação, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, esse último, no entanto, voltava-se para os segmentos mais pobres da população. Os mais abastados procuravam por cuidados nos consultórios privados.

Nas décadas seguintes, caracterizadas pela gradual abertura da economia para o capital estrangeiro, prevaleceu o modelo de assistência prioritariamente voltado para a saúde individual e a compreensão da doença em seus aspectos puramente biológicos, o cuidado e atendimento centraram-se no âmbito hospitalar e expandiu-se o setor privado de clínicas, equipamentos e medicamentos.

A saúde vem sendo historicamente expropriada de sua condição de "premissa existencial", para ser apenas recuperada, e recuperável, em mercado de bens de consumo. Vinculada a mecanismos estruturais de ampliação e generalização do "mercado", a saúde se transforma em algo a ser obtido pelo consumo de substâncias e ações "saudáveis", deixando de ser característica e direito, para tornar-se "objeto de consumo". É neste quadro que o medicamento se apresenta como uma das materializações ou símbolos (poderosos) da saúde "biologizada" a ser consumida. (LEFÈVRE, 1991, p. 159).

Essa lógica neoliberal e individual de compreensão do cuidado e da saúde, no entanto, é possível provedora de desresponsabilização do profissional em saúde para com os indivíduos assistidos. Isso acontece quando o foco do trabalho em saúde deixa de ser a promoção do bem-estar, o cuidado para com a doença dos sujeitos e garantia do direito universal à saúde e adere à lógica vigente na busca de custo-benefício e do lucro.

Segundo Morosini e Corbo (2007), os hospitais estão organizados de acordo com a concepção limitada de saúde que ignora a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização do profissional, já que cada profissão cuida apenas da parte que lhe é competente e ninguém se responsabiliza pelo todo.

Como argumentam Pimentel, Selles e Oliveira (2008):

O sistema privado, as indústrias farmacêuticas e modelo médico-hegemônico de formação e gestão operam na lógica de perpetuação da concepção de uma visão de saúde voltada para o consumo de serviços médicos, procedimentos e medicamentos, gerando, além de forte acumulação de capital às custas da saúde da população, processo sem precedentes de medicalização, de normatização da vida social – conformando o que Foucault chamou de indivíduos "úteis e dóceis" (p. 02).

As relações de cuidado e trabalho estabelecidas entre profissionais e usuários apresentam-se como extremamente individualizadas e fragmentadas. O sujeito é assistido levando em consideração suas partes (médicos cuidam apenas do biológico, psicólogos do psíquico, assistentes social, das relações sociais, etc.) e desconsiderando as instâncias territoriais, culturais e ambientais, por exemplo.

A visão cartesiana, quando aplicada à área da saúde segmenta o paciente em partes, excedendo-se em especializações e esquecendo-se que o homem forja-se biológica, psicológica, social e culturalmente. As especialidades segmentam e departamentalizam as formas de cuidado e os profissionais formados e formatados por esse modelo de assistência acabam por ignorar ou desconhecer a importância do trabalho holístico em saúde, uma vez que doença e saúde são multifatoriais.

A fragmentação do saber também proporciona o surgimento de diversos problemas na formação do profissional da área biomédica, dentre os quais se destacam: carência de interdisciplinaridade; surgimento das sub-especializações; limitado desenvolvimento do espírito crítico e dependência dos interesses econômicos.

No entanto, como apontam Morosini e Corbo (2007), a pouca efetividade desse modelo de assistência à saúde no enfrentamento dos problemas gerados pelo processo acelerado de urbanização evidenciaram os limites da abordagem biomédica, tal qual expressa o autor:

O raciocínio clínico categórico, biomédico, de “lesões objetivadas”, teve de enfrentar indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, levando os profissionais de saúde a lançar mão frequentemente, e sem crítica, de instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, em detrimento do cuidado aos doentes. (MOROSINI; CORBO, 2007, p.2).

Em virtude disso, foram mundialmente travados debates sobre os diferentes modelos de assistência em saúde, às discussões giravam em torno da possibilidade de construção de um modelo capaz de levar em conta questões como o uso racional de tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos), o contexto sócio-cultural e econômico, a formação, atuação, ética e técnica dos profissionais e políticas que assegurassem a universalização da saúde.

No Brasil, as discussões e alternativas foram sendo construídas principalmente a partir da década de 1980, com a organização das redes de unidades de saúde para atenção primária nos municípios, os movimentos de reforma sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a

Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde (8.080/90), a partir das quais se estruturou e implementou o SUS.

Apregando o direito ao atendimento universal, o SUS apresenta-se como estratégia de promoção da saúde, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, e como diretrizes a definição ampla de saúde, levando em consideração questões como a territorialidade, a integralidade, a epidemiologia, as ciências sociais, a clínica, a educação em saúde e a política setorial.

Toda essa reflexão acerca das características que definem o modo como à sociedade se estrutura na contemporaneidade nos faz questionar: Para onde essas discussões podem nos levar? Ou ainda: o que nós, profissionais da saúde, podemos e devemos fazer com essas informações? Como podemos usá-las? Quais as suas relevâncias à nossa prática? Qual a postura que se deve apresentar diante desta lógica de trabalho e cuidado? A que instâncias essa postura pretende atender? Com quem nosso trabalho encontra-se comprometido? E, principalmente, até quando a lógica neoliberal vai sustentar a negligência, o desrespeito e a conduta de alguns profissionais quanto à promoção de justiça social, de saúde, de educação e de políticas públicas que assegurem os direitos civis firmados por Constituição?

Maurice Blanchot (escritor e crítico francês, 1907-2003), certa vez disse que as respostas são a má sorte das perguntas. Não pretendemos aqui responder a todos os questionamentos feitos, pois as respostas muitas vezes soam como únicas e definitivas, limitando, nesse caso, as possibilidades. Diante disso, preferimos então apresentar proposta que pode oferecer diretrizes às perguntas feitas, mas que tem como principal objetivo nos fazer refletir sobre o novo modo de intervenção, de cuidado e de trabalho para os técnicos, sejam eles profissionais de saúde, educação ou cidadãos.

4. A CLÍNICA AMPLIADA E A POSSIBILIDADE DE NOVAS PRÁTICAS

O SUS foi regulamentado há mais de vinte anos, apesar disso as relações de trabalho, e a oferta de alguns serviços no âmbito do SUS parecem avançar muito lentamente, sem dúvida, influenciadas pelo impacto da lógica neoliberal na prestação, organização e envolvimento dos brasileiros com a saúde.

Como afirma Sérgio Resende Carvalho (2002), para a ideologia neoliberal as políticas de caráter redistributivo e universal, como se propõe a ser o SUS, são concebidas como

retrocesso, pois deslocam recursos de áreas produtivas para beneficiar pessoas com bens e serviços que o mercado pode oferecer.

Na tentativa de melhorar o desenvolvimento e efetivação do SUS e promover a nova reforma nas ações e produção de trabalho em saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização ou Humaniza SUS, que tem como diretrizes: a Clínica Ampliada, a co-gestão, o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o fomento das grupidades, coletivos e redes e a construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2009).

Dentre as diretrizes acima apontadas destacaremos a Clínica Ampliada como possibilidade de nova atuação em saúde. A Clínica Ampliada propõe formas de cuidado e condutas profissionais em saúde que relacionem as esferas sociais e terapêuticas, que considerem o adoecimento fruto de processos que envolvem os meios social, cultural e histórico e que, portanto estão para além do ato médico e medicamentoso.

Desta fora a Clínica Ampliada pode ser definida como:

O trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde (eficácia terapêutica) e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença. (BRASIL, 2009, p.76)

O trabalho em Clínica Ampliada centra-se não só na doença, mas principalmente na singularidade de cada sujeito, envolvendo o indivíduo, a doença, a família e o contexto histórico social/cultural no estabelecimento de estratégias de conduta e cuidado por parte dos profissionais de saúde, pois considera que essas características são determinantes para se conhecer de fato, as reais dimensões do adoecimento.

Assim, propõe compreensão ampliada do discernimento de saúde. Saúde não só como o pleno funcionamento orgânico/biológico, mas como a formação global do ser humano, de forma integrada e em rede, considerando o trabalho em equipe de profissionais e também o indivíduo como co-responsável em seu processo de saúde.

O termo saúde aqui é defendido então, no sentido mais amplo que o conceito pode ter, saúde como defesa da vida, situada como um estado que pode ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado. O profissional de saúde atuante pela perspectiva da Clínica Ampliada é convocado a atuar não somente com vistas para o mercado de trabalho baseado

apenas no lucro, mas pela perspectiva de profissional-cidadão, comprometido com a promoção de saúde e com a efetivação dos princípios de saúde do país.

5. CONCLUSÃO

A partir da compreensão e reflexão crítica da estruturação e dos padrões éticos e estéticos da sociedade contemporânea, este texto discutiu como se desenvolveu o conceito de saúde e as relações de cuidado, apresentando reflexões, questionamentos e possibilidades.

Pode-se constatar que a primitiva concepção sobrenatural de saúde foi sendo gradualmente substituída por uma compreensão maciçamente biológica, que atribuía saúde simplesmente ao equilíbrio orgânico e que tinha como principais estratégias a utilização de exames e a conduta medicamentosa.

No entanto essa concepção pode ser considerada limitada uma vez que ignora a subjetividade, o contexto e história de vida das pessoas. A Clínica Ampliada apresenta-se como alternativa que se centra não só na doença, mas principalmente na singularidade de cada sujeito, envolvendo o indivíduo, a doença, a família e o contexto histórico social/cultural na compreensão da enfermidade e no estabelecimento de estratégias de conduta.

Considera-se que é preciso refletir sobre o novo modo de intervenção, de cuidado e de trabalho para os técnicos, sejam eles profissionais de saúde, educação ou cidadãos, e corroborando com Bauman (2007), acreditamos que a educação nesse sentido apresenta-se como principal estratégia no que diz respeito a incitar a dúvida, o questionamento e o debate quanto à estruturação da sociedade, dos vínculos, das relações profissionais e éticas e da conduta cidadã crítica e reflexiva, devendo estar presente tanto nos discursos das classes profissionais, acadêmicas, quanto para a população em geral.

Esse trabalho pretende, portanto, contribuir para a formação e atuação de profissionais em saúde, de forma a despertar para a concepção de saúde e do modelo de cuidado que se defende e se reproduz.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Elfos Editora, 1995.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

BLANCHOT, Maurice. **O livro por vir**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteado das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2004. Brasília, DF. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf> Acesso em 1º de dezembro de 2013.

CAMPOS, Gastão. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em debate**, São Paulo, p. 16-19, dezembro, 1992.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e a Promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. Campinas, 2002, 184p. Tese (Doutorado). Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, 2002.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília : Editora Fiocruz, 2004.

LEFÈVRE.F. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LINHART, D. **A desmedida do capital**. Tradução: Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 2007.

MOROSINI, M; CORBO, A. (Org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>> Acesso em 1º de dezembro de 2013.

PIMENTEL, A.; SELLES, B.; OLIVEIRA, R. **Saúde não é mercadoria**. Disponível em: <<http://www.kizomba.org.br/artigos/saude-nao-e-mercadoria/>> Acesso em 1º de dezembro de 2013.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: P. **Amarante, Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

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

SEVERIANO, Maria. **Narcisismo e Publicidade: Uma análise Psicossocial dos ideais do consumo na contemporaneidade**. São Paulo: Annablume, 2001.