

# DETERMINANTES SOCIAIS E DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: DISCUTINDO CONCEITOS E PERSPECTIVAS

LETÍCIA BATISTA SILVA  
VALÉRIA BICUDO

## Introdução

Determinantes sociais ou determinação social do processo saúde-doença? É a mesma coisa? Qual a diferença? Longe de esgotar os pontos e mediações sobre as temáticas, o objetivo deste texto é apresentar algumas diferenças centrais presentes nos conceitos de determinantes e determinação social do processo saúde-doença, e para tanto buscaremos apresentar elementos históricos e analíticos que iluminam essas interpretações e algumas de suas disputas.

Um ponto de partida fundamental é a compreensão de que a relação entre saúde e doença é historicamente atravessada por várias teorias interpretativas e concepções que buscam — seja através de sistemas teórico-filosóficos, seja do imaginário social (MINAYO, 1988) — explicações causais para as doenças. Como sinaliza Oliveira (2000), as teorias sobre o processo saúde-doença expressam determinadas visões de mundo, ancoradas em projetos filosóficos distintos, e até antagonicos. Partimos da premissa de que o arcabouço da determinação social oferece melhores condições de capturar as explicações e mediações históricas e sociais do processo saúde-doença, compreendendo como implicados estruturalmente os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais; a correlação entre o individual e o coletivo.

Nesse sentido, no texto que segue apresentaremos o enfoque dos determinantes sociais da saúde a partir de uma recuperação de trajetória e crítica

e na sequência apresentaremos a questão da determinação social e seu diálogo com a problemática colocada pelos conceitos de interseccionalidade e consubstancialidade.

## O enfoque dos determinantes sociais da saúde

No contexto da viragem dos anos 1990 aos anos 2000, a temática da desigualdade social retorna ao debate no âmbito da agenda política mundial. No que diz respeito ao campo da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) funda, em 2005, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS-OMS). Sua instituição está ligada à discussão acerca das Metas de Desenvolvimento do Milênio-ODMs (BUSS e PELLEGRINI, 2007). A CDSS-OMS foi composta por um grupo de dezenove membros, considerados “notáveis”, sendo o objetivo desta Comissão, combater as desigualdades em saúde, envolvendo autoridades de diferentes países. Seus estudos foram desenvolvidos em três áreas de trabalho: atuação com os Estados Membros da OMS; participação social; e redes globais de conhecimento (CDSS, 2008).

No Brasil é criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 2006, via Decreto Presidencial. Para essa comissão, 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).

Segundo a CDSS, *“os determinantes estruturais e as condições de vida cotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países”* (CDSS, 2010, p.1). Nessa perspectiva, os determinantes sociais da saúde são compreendidos como as *“circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença”*. Conformam, também, essas circunstâncias, as *“forças de ordem política, social e econômica”*. Nessa perspectiva teórica, o que ‘determina’ as condições de vida é tão somente o lugar ocupado por cada indivíduo na *“hierarquia social”* (CDSS, 2010, p.1).

Importante destacarmos que esse modelo utilizado pela CDSS-OMS e CDSS é o de “influências em camadas”, a partir da concepção desenvolvida por Dahlgren e Whitehead (1991) e reformulado por Diderichsen e Hallqvist (1998), sendo,

posteriormente, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Este modelo apresenta algumas associações entre estratificação socioeconômica a partir dos eixos renda, escolaridade, gênero, cor da pele e habitação; e os resultados de saúde, onde comparecem as iniquidades em saúde resultantes dos diferenciais de exposições, vulnerabilidade e consequências de acordo com a posição social ocupada por indivíduos e grupos. Este modelo salienta a estratificação social estabelecida através do contexto social de indivíduos em posições sociais distintas. Ou seja, nesse modelo é a posição social o determinante para as condições de saúde das pessoas.

De acordo com essa perspectiva, na primeira camada encontram-se elementos que dizem respeito a características do indivíduo (idade, sexo e genética). Além disso, estão os comportamentos e estilos de vida do indivíduo — que se situam na fronteira entre o que seria considerado fator de ordem individual e os determinantes sociais em saúde, já que o comportamento de risco seria influenciado por normas culturais ou pelas condições de vida e trabalho (acesso a informação, qualidade dos alimentos, lazer etc.). Na segunda camada encontram-se as chamadas redes sociais e de apoio da comunidade, que representam, dependendo da capacidade de organização, o quanto determinado grau de coesão social e ‘relações de solidariedade’ podem determinar a proteção da saúde em nível individual e coletivo. Na terceira camada, estão os fatores que dizem respeito as condições de vida e de trabalho, acesso a alimentos, aos serviços essenciais (como saúde e educação, por exemplo), sinalizando os diferentes graus de risco que emergem com a condição de pobreza. Já a última camada representa o nível dos macrodeterminantes, evidenciando as condições econômicas, sociais, culturais e ambientais vigentes na sociedade em seu conjunto e o quanto as políticas macroeconômicas, de mercado de trabalho, culturais e de proteção ambiental podem reduzir desigualdades sociais, violência e a degradação ambiental, gerando efeitos mais gerais em termos dos determinantes sociais (CNDSS, 2008; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Partindo-se do modelo de Dahlgren e Whitehead, um novo marco conceitual sobre os DSS é apresentado pela OMS, em 2010, a partir do modelo construído por Solar e Irwin (2010). Esse modelo foi legitimado na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011 e propõe um conjunto de determinantes intermediários como operadores dos determinantes estruturais, com vistas a delinear seus efeitos na saúde. A instância estrutural revela como os fatores sociais, políticos e econômicos engendram um conjunto de posições socioeconômicas, que segmenta os grupos populacionais a partir de sua

renda, nível educacional, situação ocupacional, classificação de gênero, raça/etnia, dentre outros fatores. Tais posições, por seu turno, determinam diferentes níveis de vulnerabilidade e agravos em saúde (determinantes intermediários) e evidenciam a localização de cada um no conjunto das hierarquias sociais. Solar e Irwin (2010) sinalizam os seguintes fatores relacionados ao contexto socioeconômico e político, que atuam como determinantes estruturais da desigualdade em saúde e estão vinculados à construção e preservação da hierarquia social: sistema de governança e os aparatos de participação social; políticas macroeconômicas (fiscais, monetárias, de mercado e mercado laboral); políticas sociais, de mercado de trabalho, de habitação e de ocupação da terra; políticas públicas voltadas para a educação, saúde, seguridade social e proteção social e sistema de cultura e os valores sociais (SOLAR e IRWIN, 2010).

Já os determinantes intermediários correspondem ao grupo de elementos classificados como 'circunstâncias materiais' (condições de moradia e trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade de alimentos, dentre outros); 'fatores comportamentais' (estilos de vida, expressos nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na ausência de atividade física, por exemplo) e 'biológicos' (condição genética); além dos 'psicossociais' (tais como situações estressantes, inexistência de apoio social). De acordo com esse esquema analítico, o sistema de saúde aparece como um determinante intermediário da saúde, evidenciando fundamentalmente a importância das barreiras de acesso. A coesão social e o capital social atravessam tanto a dimensão estrutural, quanto a intermediária (SOLAR e IRWIN, 2010).

## **A crítica aos determinantes sociais da saúde**

Esses modelos sobre os determinantes sociais da saúde sofreram muitas críticas no âmbito da saúde coletiva e da medicina social latino-americana (NOGUEIRA, 2009; BREILH, 2013; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). Na maior parte delas, a ênfase se dá em torno do contraponto entre a noção de determinantes e de determinação social do processo saúde-doença. Como sinalizam Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2017), no modelo de Dahlgren e Whitehead, a dinâmica das causalidades estruturais (na forma de determinantes distais ou macrodeterminantes econ micos e sociais) aparece de forma periférica na explicação conceitual da noção de DSS. J  no modelo

de Solar e Irwin, os fatores estruturais aparecem como prioridade causal na explicação das iniquidades em saúde e na conformação das condições de vida, além de apresentar uma compreensão sobre as conexões entre os determinantes estruturais e intermediários da saúde. Sobre esse último modelo, concordamos com Breilh, a despeito de avançar na ruptura com uma visão mais limitada da epidemiologia convencional, tal modelo não chega a representar uma mudança de paradigma (BREILH, 2013).

A abordagem da OMS sobre os determinantes sociais da saúde é realizada, então, sob o enfoque dos denominados ‘fatores’ (condições de vida e trabalho, de educação, de moradia, etc.), ‘circunstâncias’ e ‘condições’, o que configura uma leitura reducionista e fragmentada da vida social. Queremos destacar que tal enfoque dificulta uma compreensão mais ampla sobre a multiplicidade de processos (socioeconômicos, culturais, ecobiológicos, psicológicos) envolvidos nas conexões dinâmicas da relação saúde-doença, tendo em vista que não percebe que o perfil patológico é conformado e modificado em cada sociedade ao longo do tempo. Assim como, situa as estruturas sociais como variáveis, ao invés de categorias analíticas do processo de produção e reprodução social (BREILH, 2013; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

O reducionismo dessa abordagem encontra-se no seu ocultamento de importantes categorias de análise no âmbito das ciências sociais, tais como relações de produção, reprodução social, dificultando uma análise mais crítica em torno do que é, em essência, a acumulação capitalista e a dinâmica social da sociedade de mercado e seus impactos no que se refere a exploração da vida humana e natural e reprodução ampliada das desigualdades sociais, com efeitos no campo da saúde (BREILH, 2013).

Além disso, as saídas para os impactos dos determinantes sociais da saúde são pensadas no âmbito de ações governamentais limitadas e de caráter funcionalista, tendo em vista que reduzem a perspectiva de superação das desigualdades sociais em saúde à esfera da ‘melhoria das condições de vida’ e à possibilidade de ‘repartir recursos’, ou seja, à dinâmica do redistributivismo estatal — não reconhecendo, assim, o quanto a acumulação capitalista é incompatível com modos de vida saudáveis (BREILH, 2013). E, nessa esteira, o enfoque dos determinantes sociais do processo saúde-doença acaba por reforçar a reprodução e o fortalecimento da perspectiva positivista que direcionou a epidemiologia tradicional.

Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2014; 2017), no plano da epistemologia científica, buscam problematizar a compreensão do ‘social’ incorporada à noção dos DSS. Para isso, recorrem às análises de Santos (2008) sobre o modelo de racionalidade científica da modernidade. Para Santos (2008) apud Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo (2014; 2017), o paradigma que sustenta tal modelo separa totalmente as dimensões da natureza e do ser humano, preconiza a quantificação e a fragmentação dos componentes da realidade sob análise, como também enaltece a centralidade da estatística e da objetividade e da neutralidade científica. Além dessa fragmentação, Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo (2014; 2017) apontam que esse tipo de racionalidade, incorporada ao modelo dos DSS, ajuda a conformar uma “visão de um social fragmentado e externo à dimensão saúde” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014; 2017). Concordamos com a análise síntese dos autores, dessa forma:

(...) adotar a noção de ‘determinantes sociais da saúde’ reforça a polaridade estabelecida entre o ‘ser biológico’ e o ‘ser social’. É nessa lógica que o sujeito portador de certas doenças específicas, além de ser ‘dissecado’ pelas diversas especialidades médicas, é desconsiderado como aquele que sofre violência familiar, que vive em condições precárias de vida e de trabalho, que depende das políticas de assistência social para viver. Assim, o ser, em toda a sua complexidade de existência, é partido em distintas dimensões: o ser biológico — ‘investigado’ por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, entre outros profissionais de saúde; o ser social, para os assistentes sociais; e o ser psicológico, para os psicólogos. Cabe perguntar em que medida essa postura contribui para a compreensão dos complexos fenômenos humanos e insufla o agir sobre eles” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p.74-75).

## **A questão da determinação social**

Falando em termos gerais, a determinação social da saúde é uma concepção que compreende o processo saúde-doença como um processo dialético, sendo, no modo de produção capitalista, uma expressão de contradição e desigualdade. E, nesse sentido, entende como implicados estruturalmente os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais. Desse modo, adoecer,

assim como o acesso à saúde (compreendida em sentido ampliado) e também as formas de morrer são expressões individuais e coletivas. Dito de outra forma, a concepção de determinação social da saúde parte do caráter histórico e social dos problemas de saúde e do processo saúde-doença (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Essa compreensão parte da abordagem latino-americana ancorada no referencial teórico do materialismo histórico-dialético,<sup>1</sup> estabelecendo a associação direta entre o processo saúde-doença e a dinâmica da produção capitalista. Desse modo, tem como base a análise e problematização da estrutura de classes sociais para a compreensão das iniquidades em saúde (DOWBOR, 2008).

A noção de determinação social da saúde ganhou grande expressão na constituição da epidemiologia social latino-americana, assim como na história do movimento sanitário brasileiro (NOGUEIRA, 2010). Esse foi um dos conceitos que pautou a reforma sanitária brasileira, colocando a dimensão do ‘social’ integrada ao campo saúde.

Em fins dos anos 1960, num cenário de crise estrutural do capitalismo, com dimensões econômicas, políticas e sociais, ganha destaque a polêmica em torno da natureza da doença: se é essencialmente biológica ou social. A partir daí, questiona-se o paradigma dominante da doença que era compreendida como um fenômeno biológico individual (LAURELL, 1982). Nesse sentido, o

- 
1. Método materialismo histórico-dialético — formulado por Karl Marx e Friedrich Engels, importantes pensadores e lideranças do movimento operário do século XIX — é um referencial teórico e metodológico que procura apreender a realidade a partir de uma concepção de totalidade, de grandes transformações societárias e da história. Esses pensadores criaram um método de análise social e uma teoria associada às orientações práticas, com vistas à transformação social. O termo “materialismo” diz respeito à condição material da existência humana, pressupondo que é possível conhecer tudo, de forma racional. Já o termo “histórico” pressupõe que a existência humana é atravessada por condicionamentos históricos. O termo dialético refere-se ao caráter não linear e, essencialmente contraditório, do movimento histórico. Este referencial analítico parte de pressupostos reais. Nesse sentido, “(não) é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (MARX-ENGELS, 2007, 86-87). Para Karl Marx, a teoria não é a mera investigação sistemática do movimento das formas mais aparentes assumidas pelo objeto, pautada num sistema de hipóteses com vistas a confirmar relações de causa e efeito, nos moldes da tradição positivista (NETTO, 2011).

conceito de saúde era reduzido a mera ausência de doenças, numa perspectiva estritamente biológica, que acabou contestada por não ter funcionalidade nos estudos da determinação social da saúde, pois restringia o campo da saúde à dimensão do tratamento e prevenção de doenças e lesões (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Ao contribuir com o debate crítico sobre o paradigma biomédico, a corrente da medicina social latino-americana apresentou reflexões teóricas importantes sobre os limites das práticas médicas no âmbito da melhoria das condições de saúde coletiva, incorporando, assim, referenciais do pensamento social na área da saúde e, com isso, uma nova perspectiva de saúde pública (LAURELL, 1982; BREILH, 1991; TAMBELLINI-AROUCA, 1984).

O centro da crítica foi o modelo da história natural da doença, fortemente inspirado por uma abordagem positivista — fundada no pressuposto de que a sociedade seria regulada por leis naturais, de caráter invariável (LÖWY, 2006). Como já apontado, nessa linha, o adoecimento é visto como um processo ‘natural’, segundo a lógica biologicista de causalidade linear. A proposta sugerida pela corrente da medicina social foi reinterpretar a problemática levantada a partir da relação entre o social e o biológico, tomando como referência o enfoque da ‘determinação’. A corrente propôs a compreensão da doença, levando em conta a dinâmica da coletividade e o estudo científico dos processos que se constituem enquanto seus determinantes (LAURELL, 1982; BREILH, 1991).

A transposição da interpretação pelo enfoque da ‘causalidade’ para o enfoque da ‘determinação’ do processo saúde-doença redefiniu a problemática da relação entre o processo social e o processo biológico. Muitos estudos questionaram o paradigma biológico individual da doença, reinterpretando a referida problemática. Laurell (1982), por exemplo, demonstrou o caráter histórico-social do processo saúde-doença, de forma empírica, ao analisar a insuficiência da concepção biológica da doença e a influência da dimensão histórica e social na dinâmica do adoecimento, comparando dados de estudos feitos na América e na Europa. Ao enfatizar esta relação, destaca a questão da determinação:

(...) o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. Por exemplo, o modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente, é ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinada atividade neuromuscular, metabólica etc. Outro exemplo poderia



ser o comer, uma vez que o que se come e como se faz isso são fatos sociais, que têm sua contraparte biológica. Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução (...) (LAURELL, 1983, p. 156)

De acordo com a autora, entender a relação saúde-doença como um processo social não quer dizer contrapor o social ao biológico, mas o social ao natural, tendo em vista que o biológico é em si mesmo histórico e social (LAURELL, 1982). Destacamos que esta é uma chave fundamental para a compreensão da amplitude da concepção de determinação social na saúde.

Nessa mesma direção, Tambellini e Arouca (1984) tomam, também, como base, as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença. É a partir do referencial teórico marxiano/marxista e seu método pautado no materialismo histórico-dialético (como já sinalizado), que a categoria processo de trabalho é usada para auxiliar na análise dos fenômenos do campo da saúde, como dimensão da determinação do processo de adoecimento, tendo em vista seu papel na mediação das relações estabelecidas entre o homem e a natureza e entre os próprios homens.

A concepção predominante da natureza da doença passa a ser reformulada e compreendida como um processo da coletividade (no qual o processo biológico é estudado a partir do social). O próprio termo ‘processo’, em substituição a ‘fator’, reflete uma mudança significativa no entendimento da relação saúde-doença. Ao se entender tal relação como resultado de um processo social, abre-se espaço para uma revisão da dinâmica da causalidade: antes, associada a meras categorias estáticas, restritas ao campo da abstração formal, e depois, vinculada a categorias dinâmicas, integradas à dimensão mais geral da vida social (BREILH, 1991).

Um novo campo de análise se forma a partir da migração da produção científica da esfera do ‘fator social’ para a esfera do ‘processo social’. A dimensão da análise das causalidades das doenças se aprofunda, mediante a incorporação

da atenção e estudo das leis históricas de produção e organização societárias, numa perspectiva que busca a essência dos fenômenos sociais e não meramente suas expressões fenomênicas. É na dinâmica desse debate teórico que emerge a noção de ‘determinação social da saúde’, como chave analítica e conceitual importante para balizar um enfoque mais ampliado da compreensão da relação saúde-doença.

Na perspectiva marxista, as relações sociais de produção e reprodução social, no âmbito do capitalismo, expressam contradições imanentes aos projetos das classes antagônicas em confronto. Tais contradições resultam em desigualdades nos modos de vida, adoecimento e morte. A leitura dessa realidade exige um enfoque epidemiológico que caminhe para além do imediato e do aparente, numa perspectiva historicizada dos fenômenos.

O enfoque da determinação social do processo saúde-doença aponta, então, para o caráter histórico da doença e sua relação com os processos que ocorrem na coletividade humana. Isso significa considerar a complexidade da relação entre o processo social e o processo saúde-doença e a sua determinação atravessada pelo desenvolvimento das forças produtivas, pela sociabilidade burguesa e pelas particularidades das formações sócio-históricas dos países. Como elucida Laurell,

(...) o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado (em) termos gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL, 1982, p.15-16).

Nessa esteira, as autoras Mioto e Nogueira (2006) observam que é a partir da concepção de saúde ancorada na determinação social do processo saúde-doença que se realiza a ampliação do entendimento das necessidades de saúde da população, e, diante disso, é possível apontar e compreender as necessidades de intervenção do Estado, por exemplo, no âmbito da promoção, da prevenção e do tratamento, articulada ao conjunto das políticas sociais. Ou seja, o arcabouço da determinação social proporciona uma interlocução entre o campo biológico, psíquico e das condições de vida e necessidades da população. Para além do referido diálogo entre campos e setores, compreendemos

que tal arcabouço parte da relevância e da determinação do campo social. Assim, parte do entendimento de que as condições de vida e trabalho das massas seguem refletindo os níveis cada vez mais regressivos de sociabilidade sob o capitalismo, seja em fases de crise estrutural ou de sua recomposição estratégica. A chamada questão social, em suas múltiplas expressões, tem sido potencializada diante do aprofundamento da mercadorização dos recursos e serviços necessários à reprodução social e do avanço da expropriação ambiental, dos direitos sociais e do fundo público, pelo capital. Diante disso, destacam-se as lutas sociais por direitos dos/as subalternizados/as e suas exigências por ações públicas de um Estado social, que cada vez mais encontra-se diminuído e descaracterizado face a ampliação de suas feições neoliberais. Com isso, a noção de determinação social exige uma postura crítica diante da naturalização da pobreza e do enfrentamento à questão social por um Estado supostamente neutro. Destarte a importância das políticas sociais e do papel do Estado para a reprodução da força de trabalho e da manutenção de padrões mínimos de bem-estar e justiça social alcançados na democracia burguesa, vale ressaltar seu papel também na contenção dos antagonismos de classe e na manutenção da propriedade privada e das condições de reprodução do trabalho assalariado e precarizado.

Chegando até esse momento do texto, se nota que há importantes diferenças entre a noção de determinantes sociais e determinação social, se pôde também observar que a concepção de determinação social se desenvolve nos anos 1970, portanto, antes da noção de determinantes sociais. Naquele contexto, de crise capitalista e do padrão de regulação keynesiano-fordista, também se esgota o “pacto social” de incorporação das massas a esse padrão de produção/reprodução social e são lançadas as bases do neoliberalismo (em fins dos anos 1970), que se erguem contra o Estado de Bem-Estar Social, os serviços públicos e as políticas sociais. Não à toa, diante da resistência da classe trabalhadora, os governos de Reagan e Thatcher, nos anos 1980, lançam dura ofensiva contra os sindicatos. Assim, é possível entender a atmosfera social onde emerge a concepção de determinação social como campo crítico à ordem do capital em sua versão neoliberal. Há que se destacar que a noção de determinantes sociais emerge quando o ideário neoliberal já está consolidado (desde os anos 1990) e até naturalizado e com pouca resistência social. Não à toa são produzidas teorias sobre o “fim da história”, o fim da luta de classes, sobre uma “nova questão social”, além da apologia indireta da desigualdade social feita pelos neoliberais, com o argumento de que seria algo positivo, em uma economia

de mercado. No máximo, o social-liberalismo responde à questão social com políticas sociais focalizadas na extrema pobreza, com cariz meritocrático e de estímulo ao empreendedorismo. Embora a noção dos determinantes sociais compareça como uma certa evolução da compreensão estritamente biológica, a mesma não avança no sentido de apontar para a necessidade de mudança das condições estruturais que determinam as desigualdades nas formas de nascer, viver, adoecer e morrer.

O que fica obscurecido na noção de determinantes sociais é o fato de a organização da sociedade capitalista ser estruturada através de classes sociais, numa relação entre exploradores da força de trabalho e explorados pelo capital e o quanto essa dinâmica atravessa as relações sociais, incluindo o campo da saúde. Donnangelo (1976) analisou o papel assumido pela medicina na sociedade de classes como de promotor das condições de reprodução para a acumulação capitalista. Nessa esteira, as práticas em saúde fazem parte de um processo de reprodução da vida, mas ao mesmo tempo, da reprodução e manutenção da força de trabalho do capital, sob condições de expropriação dos direitos sociais e precarização da vida, sendo a determinação social do processo saúde-doença uma transversalidade nesse processo. As condições de vida e trabalho determinam objetivamente o processo de saúde-doença.

No capitalismo contemporâneo a classe operária industrial tradicional é substituída por uma diversidade de trabalhos assalariados e por uma crescente heterogeneização do trabalho sem vínculo, do emprego parcial, temporário e subcontratado (ANTUNES, 2002; 2018). Além do próprio desemprego estrutural, um aspecto central nesse processo é a revolução científica e tecnológica e as suas consequências para o trabalho; opera-se uma acentuada substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto. As novas tecnologias dão rapidez e maior mobilidade ao capital, além do aumento exponencial da mais-valia. Todo esse processo acontece concomitante a desregulamentação dos direitos sociais no Brasil e no mundo. Essa desregulamentação implica em desproteção social, em não-acesso às políticas públicas e sociais e em mercantilização dos direitos.

Vale destacar que os sistemas de exploração estão articulados a sistemas de opressão que interagem na produção e reprodução das desigualdades sociais e da hierarquização/inferiorização dos indivíduos sociais. No caso brasileiro é importante considerar o longo histórico de escravidão, que ajudou a conformar um racismo estrutural e institucional intrincado à formação e manutenção de relações capitalistas de exploração, sem contar as raízes patriarcais.

Em nosso país, por exemplo, as mulheres brancas e negras encontram-se, de forma permanente, em ocupações de menor prestígio e com baixa qualidade nas condições de trabalho, como o emprego doméstico, atividade com maior presença das mulheres negras (GUIMARÃES e BRITTO, 2008, pp. 51).

Vale destacar que adensam esse debate os eixos de análise *interseccionalidade* e *consustancialidade* (que não é possível aprofundar no escopo desse texto). O termo interseccionalidade (que emerge na esteira do *Black Feminism*) vem à tona pela primeira vez num texto da jurista afro-americana Kimberlé Crenshaw (1989). Essa é uma formulação que se desenvolve no início dos anos de 1990, no âmbito de um debate interdisciplinar. Como aponta Hirata (2014), Crenshaw, em seu texto de 1994, trata interseccionalidade, fundamentalmente, a partir “das intersecções da raça e do gênero, abordando parcial ou periféricamente classe ou sexualidade” (HIRATA, 2014, pp.62). Como é um conceito em disputa, outras categorias vêm sendo utilizadas nessa intersecção. Daí são enfatizadas para além de questões de raça e gênero, questões relacionadas a casta, religiosidade, regionalidade, etnia, nação, classe e capacitismo. De qualquer forma, o conceito de classe tem tido menor ênfase nos estudos interseccionais do que nos estudos propostos no âmbito do feminismo materialista francês que cunhou o termo consustancialidade. O debate sobre consustancialidade é proposto por Danièle Kergoat e data do final dos anos de 1970. Aponta para a articulação entre sexo e classe social, tendo como direção seu desenvolvimento posterior “em termos de imbricação entre classe, sexo e raça” (HIRATA, 2014). Sua perspectiva, diferentemente da interseccionalidade, é trabalhar com a dimensão das relações sociais macro e não com um conjunto de “categorias” como se estivessem todas no mesmo plano, numa dinâmica “cartográfica” e destoricizada. Essa brevíssima síntese não esgota as disputas e a complexidade deste debate, apenas sinaliza sua importância na discussão sobre a determinação social. Embora haja diferentes perspectivas e implicações teórico-políticas, ambas categorias têm em comum o sentido da “não hierarquização das formas de opressão”. (HIRATA, 2014, pp.63). De qualquer forma, mais do que conceitos analíticos, estas categorias têm sido instrumento de luta política de combate às múltiplas opressões imbricadas à dinâmicas de exploração de determinada estrutura social, com vistas à emancipação social. Esses sistemas de opressão/exploração impactam também no âmbito institucional das políticas públicas de saúde.

No cotidiano dos serviços públicos de saúde essa dinâmica interativa entre sistemas de opressão e exploração desemboca na negação do direito à saúde e na reprodução de formas de violência institucional, tendo em vista a existência de, por um lado:

(...) situaciones de grandes desigualdades en el acceso y utilización de los servicios: demoras en la atención, infraestructura precaria, filas de espera, *peregrinación* de los usuarios por varias unidades de salud en busca de atención para su patología específica, en ausencia de receptividad y respeto. Por el otro, situaciones de preconceptos y discriminación a segmentos específicos de la población, tanto por la cuestión generacional, condición social, raza, orientación sexual, como por el tipo de enfermedad que porta el usuario (...) [o que conduz à uma] (...) reproducción de la violencia institucional en los servicios de salud, que se expresa en la precariedad objetiva de los servicios y en las prácticas de la discriminación asociada a los preconceptos sociales de género, raza y clase social, entre otros (FLEURY; BICUDO e RANGEL, 2013, p.14-15).

Diante disso, para além das exigências de uma prática pautada na ética, na bioética, na humanização da medicina e dos cuidados em saúde, é preciso internalizar o debate sobre a determinação da saúde desde os momentos de formação multiprofissional em saúde até os de cuidado e atenção em toda rede do SUS. O enfoque da determinação social exige uma nova práxis do cuidado e o engajamento político na luta pelo SUS estatal, integral e universal e na luta contra os múltiplos padrões de opressão, dominação e poder intra e extra institucionais e contra as bases da exploração e das desigualdades sociais, típicas da sociedade do capital.

Como isso nos encaminhamos para o encerramento deste texto indicando a atualidade do debate sobre determinação social como uma ferramenta que proporciona uma reflexão crítica acerca da realidade da saúde no Brasil — das condições de vida e trabalho como determinação do processo de saúde-doença —, uma visão de totalidade e de movimento do real, assim como ilumina os projetos em disputa na área da saúde e lutas coletivas. Nas palavras de Marx: “*Os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram*” (MARX, 2011, p.25).

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho*: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2002.
- BREILH, 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 1, p. 13-27, 2013. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>
- BERLINGUER, Giovanni. Uma reforma para saúde. In: BERLINGUER, Giovanni; FLEURY TEIXEIRA, Sonia Maria; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. Trad. Tânia Pellegrini. São Paulo: Hucitec/Cebes, 1988.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND JUNIOR, M; CARVALHO, YM; organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 41-80.
- 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.
- CRENSHAW, Kimberlé W. (1989), "Demarginalizing the intersection of race and sex; a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics". *University of Chicago Legal Forum*, pp. 139-167.
- FLEURY, Sonia; BICUDO, Valéria; RANGEL, Gabriela. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colectiva*, vol. 9, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 11-25 Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina
- FLEURY-TEIXEIRA P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde Debate*. 2009;33(83):380-7.

GUIMARÃES, Nadya Araújo & BRITTO, Murillo Marschner Alves de. (2008), “Genre, race et trajectoires professionnelles: une comparaison São Paulo et Paris”. In: MARUANI, M., HIRATA, H. & LOMBARDI, M. R. (orgs.). *Travail et genre: regards croisés. France Europe Amérique Latine*. Paris, La découverte, pp. 46-60. [Em português, em Oliveira Costa et al. (orgs.). *Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais*. Rio de Janeiro, fgv, 2008, pp. 69-87.]

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social*, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1 junho 2014 Jaunait, Alexandre & Chauvin, Sébastien. (2012), “Représenter l’intersection: les théories de l’intersectionnalité à l’épreuve des sciences sociales”. *Revue Française de Science Politique*, 1 (62): 5-20.

KERGOAT, Danièle. (2010), “Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais”. *Novos Estudos Cebrap*, 86: 93-103. [Em francês, “Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux”. In: DORLIN, E. (org.). *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*. Paris, puf, Actuel Marx Confrontations, 2009, pp. 111-125.

LAURELL, AC. A saúde-doença como processo social. *Rev Latino Am Salud* [Internet]. 1982 [citado 2014 maio 20]; 2:7-25. Disponível em: [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod\\_resource/content/1/Conteudo\\_on-line\\_2403/un01/pdf/Artigo\\_A\\_SAUDE-DOENCA.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf). Acesso em 25/06/21.

\_\_\_\_\_. A saúde como processo social. In: NUNES, E. (org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

MARX, Karl. O 18 de brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: Boitempo, 2011.

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

\_\_\_\_\_, AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y.M.; organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo; 2009. p. 19-40.

NETTO, J.P. Introdução ao estudo do método de Marx. — 1.ed.- São Paulo: Expressão Popular, 2011.



NOGUEIRA, R.P., organizador. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES; 2010.

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

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

SOLAR, O. and IRWIN, A. (2010) A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. WHO World Health Organization, Geneva, 76 p. [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)