

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

MÁRCIA CHAVES MOREIRA

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE:
FUNDAMENTO TEÓRICO-CONCEITUAL DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

PORTO ALEGRE
2013

MÁRCIA CHAVES MOREIRA

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE:
FUNDAMENTO TEÓRICO-CONCEITUAL DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dra. Idília Fernandes (PUCRS)

PORTO ALEGRE

2013

MÁRCIA CHAVES MOREIRA

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE:
FUNDAMENTO TEÓRICO-CONCEITUAL DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: _____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Idília Fernandes (PUCRS)

Prof^a. Dra. Jussara Rosa Mendes (UFRGS)

Prof.^a Dra. Esalba Silveira (PUCRS)

Dedico esta dissertação aos meus pais, Francisco e Jussara, pela vida, amor e oportunidades; ao meu marido, Rafael, e aos meus filhos, Eduardo e Gabriel, pela compreensão, incentivo e amor incondicionalmente dedicados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido e aos meus filhos pela paciência e compreensão nos momentos em que não pude estar presente; pelo apoio que me deram e as cotidianas manifestações de amor e carinho; por me tornarem uma pessoa melhor; por terem me feito descobrir uma força que desconhecia; por serem fontes de inspiração e coragem para a superação dos limites. Sem vocês, este sonho, por tantos anos alimentado e muitas vezes adiado, jamais teria se concretizado. Obrigada. Amo vocês!

Aos meus pais, pela vida! Pelo profundo amor que sempre dedicaram e foram manifestados nas infinitas situações em que estavam dispostos a amparar, nos constantes gestos de incentivo e encorajamento. Enfim, por serem exemplos de honestidade, caráter, coragem e perseverança.

Aos meus tios da Loja Maçônica José de Arimathea, pela confiança que em mim depositaram ao terem possibilitado iniciar minha jornada acadêmica. Obrigada, vocês foram verdadeiros anjos.

À minha querida amiga Shana, pela sua amizade verdadeira; por sua parceria em todas as horas; pelas risadas e bobagens nos momentos de descontração; pelas ligações para dizer “oi”; por tornar o ambiente de trabalho muito mais leve; pelo suporte nas ocasiões de dificuldades que pensava não serem superáveis; por acreditar em mim mais do que eu mesma e sempre me convencer que poderia concluir com êxito esta etapa.

Às eternas amigas que, mesmo não convivendo diariamente, estão sempre presentes em meus pensamentos e afetos: Tatiane Vargas, Daniela Dallegrave e Greice Barbosa.

Às minhas queridíssimas residentes, assistentes sociais, Rozelaine, Carmen e Camila, que participaram dessa trajetória e tanto me ensinaram. Obrigada pela generosidade de vocês. Hoje, sei que posso chamá-las de amigas.

À minha orientadora, pela sua compreensão e apoio, pelos esclarecimentos e reflexões oportunizados, por estar presente na minha formação desde o início e por aceitar novamente trilhar comigo a construção de mais esta produção intelectual.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS por compartilharem seu conhecimento e estimularem processos reflexivos, bem como pelo sólido compromisso ético com a formação de profissionais e pesquisadores implicados com a construção de uma sociedade emancipada.

Aos colegas de turma, pelos debates e trocas, pelos intervalos animados! Sentirei saudades.

Aos colegas de trabalho da equipe de “guerreiros” da Unidade de Saúde Conceição, pela tolerância diante das minhas ausências e compreensão da excepcionalidade do momento vivenciado; pelos saberes trocados no cotidiano de trabalho e por participarem da construção da minha competência profissional.

Aos colegas do Abrigo Marlene, da FASC, por terem me acolhido tão receptivamente e também compreenderem esta fase de minha trajetória.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, por ter-me possibilitado dedicar parte das minhas horas de trabalho para a o curso de mestrado.

Enfim, agradeço a todos os que porventura não tenha citado, mas que, fazendo parte da minha vida, têm sua participação nesta conquista que me é tão cara.

RESUMO

O estudo analisa a abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença e o enfoque dos determinantes sociais da saúde, buscando, para além da elucidação dos mesmos, apreciá-los à luz de suas contribuições e implicações para o fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. O conceito de determinação social da saúde foi um dos principais pilares do pensamento crítico que fundou a saúde coletiva e fundamentou cientificamente o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, sofreu de investimentos teóricos nos anos de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). O tema retornou à pauta de discussões com a constituição da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a subsequente publicação de seu relatório. Não obstante as semelhanças, as construções distinguem-se. Entendendo que a opção pelas mais variadas abordagens implica na clareza de seus fundamentos, horizontes de referência, ideologias subjacentes, alcance e propósitos, faz-se necessário o esclarecimento dos referenciais adotados, visto que se sustentam em parâmetros filosóficos, teóricos e ético-políticos. Longe de ser um debate puramente conceitual, a pretensão repousa na busca pela essência das abordagens, bem como seu potencial transformador frente aos colossais desafios de uma realidade que desafia e impõe capacidade de leitura crítica para elaboração de respostas que tenham como horizonte a radicalização da democracia, uma das bandeiras da Reforma Sanitária Brasileira. Para tanto, procurou-se responder as seguintes questões: como as abordagens teóricas sobre determinação social da saúde entendem o fenômeno saúde-doença e a relação saúde/sociedade? Em que contexto histórico se desenvolveram as distintas construções sobre determinação social da saúde? Que projetos societários são subjacentes às abordagens sobre determinação social da saúde? Sob quais fundamentos teóricos, metodológicos, éticos e políticos estão embasadas as construções teóricas sobre determinação social da saúde? Como se apresentam do ponto de vista político e metodológico as propostas de trabalho em saúde baseadas na concepção da determinação social da saúde? Trata-se de uma investigação teórica, ou seja, voltada a estudar teorias e desvendar quadros teóricos de referência. Assim, consistiu em uma pesquisa bibliográfica, de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, tendo em vista que se buscou

a compreensão de explicações, concepções, quadros teórico- metodológicos e ético-políticos de referência, além das proposições operacionais subjacentes às perspectivas teóricas estudadas. Recorreu-se à técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados. Compuseram o estudo produções teóricas de autoria de pensadores reconhecidos no campo da saúde coletiva por sua notória contribuição sobre o assunto e publicações institucionais específicas sobre o tema.

Palavras-chave: Determinação Social da Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Processo Saúde-Doença. Reforma Sanitária Brasileira.

.

ABSTRACT

The study examines the theoretical and conceptual approach of the social determination of the health-disease process and the focus of the social determinants of health, looking beyond the elucidation of them, enjoying them in the light of their contributions and implications for strengthening the Brazilian Health Reform Project. The concept of social determinants of health was one of the main pillars of critical thinking which founded the collective health and scientifically substantiated the Brazilian Health Reform Project. However, it suffered from theoretical investments in the structuring years of the United Health System (SUS). The issue returned to the agenda of discussions with the constitutions of the Social Determinants of Health from the World Health Organization (OMS) and the subsequent publication of this report. Despite the similarities, the two constructs can be distinguished. Understanding that the option for various approaches implies in the clarity of its fundamentals, reference horizons, underlying ideologies, scope and purposes, it is necessary to clarify the benchmarks adopted, since the parameters are supported on philosophical, theoretical and ethical-political. Far from being a purely conceptual debate, the claim rests on the search for the essence of the approaches, as well as its transformative potential in face of colossal challenges of a reality that defies and enforces the critical reading skills to develop responses that have as a goal the radicalization of democracy, one of the flags of the Brazilian Health Reform. Therefore, we sought to answer the following questions: how the theoretical approaches on social determinants of health understand the phenomenon health - disease and the relationship between health/society? In which historical context develop the distinct constructs about social determinants of health? What corporate projects are underlying to the approaches about the social determinants of health? Under what theoretical, methodological, ethical and political fundamentals the constructions are based on the social determinants of health? How to present a political viewpoint and methodological proposals for health work-based conception of social determinants of health? This is a theoretical investigation, aimed at studying theories and uncovers theoretical frameworks. Thus, consisted of a literature review, an exploratory and descriptive, with qualitative approach in order to seek and to understand the explanations, the concepts, the theoretical and methodological frameworks and the ethical-political reference, besides the operational propositions

underlying the theoretical perspectives studied. Resorted to the technique of content analysis to the data treatment. Composed the study theoretical treatises written by thinkers recognized in the field of community health by their notorious contribution on the subject and specific institutional publications on the topic.

Keywords: Determination of Social Health. Social Determinants of Health. Health-Disease Process. Brazilian Health Reform.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDSS / OMS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEAS	Centro de Estudos e Assessoria em Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Privado
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
UAM	Universidade Autônoma do México

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	20
3	CONCEPÇÕES E EXPLICAÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO DEVIR DA HISTÓRIA.....	30
3.1	AS EXPLICAÇÕES PARA O FENÔMENO SAÚDE-DOENÇA: DO PENSAMENTO MÁGICO-RELIGIOSO AO RACIONAL.....	30
3.2	OUTRAS CONCEPÇÕES VIGENTES NA ATUALIDADE.....	40
4	UMA HISTÓRIA DE PROJETOS EM DISPUTA: A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	49
4.1	BREVE RESGATE DA HISTÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	49
4.2	UM PROJETO DEMOCRÁTICO PARA A SAÚDE: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	58
4.2.1	O Difícil Caminho do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).....	60
5	O REVIGORAMENTO DO SOCIAL NA SAÚDE: O ENFOQUE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	66
5.1	O SOCIAL E A SAÚDE EM RETROSPECTIVA RECENTE.....	66
5.1.1	A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.....	70
5.1.2	O Enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde.....	98
6	PELA RETOMADA DO POTENCIAL REVOLUCIONÁRIO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	116
6.1	PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DA RSB: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS.....	116

6.2	A RSB E SEU FUNDAMENTO CIENTÍFICO: O REENCONTRO COM A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	120
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
	REFERÊNCIAS.....	136
	APÊNDICE: ROTEIRO PARA A LEITURA DE LIVROS E ARTIGOS..	142

1 INTRODUÇÃO

A necessidade – transformada em desejo - de realizar um estudo sobre a determinação social da saúde tem origem em inquietações suscitadas no cotidiano profissional vivido no setor saúde. A incômoda percepção sobre a vigência e hegemonia do modelo biomédico, a exemplo da medicalização e da patologização de todos os problemas – ou seja, inúmeras situações da vida são tidas como doenças e enfrentadas com medicamentos e tecnologias biomédicas –, suscita a reflexão acerca da importância das concepções que orientam a formulação das políticas, dos modelos assistenciais, bem como as práticas dos profissionais no setor.

Após mais de duas décadas da emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que explicitou a definição de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986), e subsequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que incorporou várias das propostas discutidas naquela conferência, pode parecer dado que o trabalho no setor saúde se organize pela conceituação supracitada, o que não necessariamente corresponde à realidade.

A busca por propostas diferentes e mais coerentes com a concepção ampliada de saúde, enquanto fenômeno social e não apenas biológico, remete à discussão da determinação social do processo saúde-doença. Enquanto o modelo explicativo biomédico restringe a saúde ao seu aspecto biológico, sem qualquer conexão a processos histórico-sociais, reduzindo sujeitos a corpos físicos e em partes, portanto, assunto de cunho individual e campo de intervenção exclusivo das ciências e tecnologias biomédicas, a perspectiva da determinação social entende que a saúde tem sua determinação maior na forma como a sociedade está organizada para a produção da vida material e social. Em outras palavras, relaciona-se com o nível de desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção em um dado momento de uma formação social concreta.

Intencionando pesquisar sobre esta abordagem, inicialmente, a ideia original consistia numa investigação junto a equipes de atenção primária sobre as formas de trabalhar com os determinantes sociais da saúde. Entretanto, a descoberta de que o assunto não tem interpretação unívoca e considerando as motivações que

permearam a opção pelo curso de mestrado, mudanças se fizeram necessárias. É importante retornar ao princípio, colocação que parece redundante; entretanto, está carregada de significados, visto que ajuda a compreender o caminho para construção da proposta de investigação e as opções feitas no presente.

A trajetória na área da saúde, iniciada através do ingresso no Programa de Residência Integrada em Saúde e seguida posteriormente no mesmo lócus institucional, proporcionou diversificadas oportunidades que vão desde as ações relacionadas à assistência, até as atividades ligadas ao ensino e à gestão. Tais vivências agregaram conhecimentos, fortaleceram o compromisso com a busca do pleno exercício do direito à saúde, mas geraram novas perguntas e a constatação da necessidade de aprimoramento intelectual e profissional.

Neste caminho, e aproveitando os recursos oferecidos pela instituição, cursou-se uma especialização direcionada à formação de preceptores e tutores para os Programas de Residência em Saúde intitulada “Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde”. Este retorno a uma rotina mais sistemática de estudos, a percepção acerca da ausência de leituras de totalidade e de um referencial teórico crítico, já que atualmente o campo da saúde coletiva tem trilhado por correntes de pensamento chamadas “pós-modernas”, incrementaram a necessidade de busca pelo crescimento intelectual.

Estas motivações, aliadas a um contexto institucional de estímulo ao aperfeiçoamento – visto que o local de exercício profissional é também uma instituição de ensino e adota uma política de incentivo à formação, qualificação profissional e produção de conhecimentos –, constituíram-se em fatores determinantes para a procura do curso de mestrado em Serviço Social. Em princípio, a busca por contribuições, possibilidades e horizontes de ação que a proposta da determinação social da saúde pudesse revelar para o trabalho em saúde – especialmente, o do assistente social neste campo –, tornou-se a força-motriz para o estudo. Assim, a ideia original consistia em pesquisar sobre o modelo da determinação social da saúde no trabalho de equipes de atenção primária, intentando evidenciar o lugar que o mesmo ocupa no setor, bem como identificar as práticas que o operacionalizam.

Ocorre que, no decorrer das aproximações ao tema, observou-se a não homogeneidade quanto a sua interpretação e tratamento, o que suscitou questionamentos sobre as distintas formas de compreender a concepção da

determinação social da saúde. O primeiro contato com o tema deu-se por intermédio das publicações oriundas da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, através das quais se formulou o primeiro projeto de pesquisa. Já nesta fase, alguns questionamentos se apresentaram ao investigador, referentes à formulação teórica adotada pela comissão. Não tardou o contato com outros textos de diferentes perspectivas.

Na literatura do campo da saúde coletiva há um considerável número de publicações sobre o assunto-objeto desta investigação. O manuseio de diversos artigos que se propunham ao estudo da determinação social da saúde ou que tinham interface com o tema evidenciou a existência de distintas abordagens, bem como o uso indiscriminado das expressões “determinantes sociais da saúde” e “determinação social da saúde” como sinônimas, não considerando as diferenças entre as abordagens. Também, cabe explicitar, a percepção acerca da ausência de discussão teórica aprofundada sobre este tema na área do Serviço Social.

Inevitavelmente, a constatação do caráter utilitarista do projeto inicial, bem como a fragilidade teórica sobre o tema eleito, fizeram-se sentir. Paralelamente, a curiosidade científica, a busca pela coerência teórico-metodológica e a opção pela não adoção do pluralismo metodológico requisitaram maior aprofundamento teórico acerca do assunto. No percurso de revisão do projeto, as reflexões oportunizadas por meio das leituras sobre o tema e das discussões em salas de aula, bem como a reflexão sobre preferências, foram, cada vez mais, direcionando o estudo para uma investigação teórica.

O caminho para a construção do objeto foi árduo, demorado e atravessado por dúvidas, dentre as quais acerca da relevância de uma pesquisa essencialmente teórica e especialmente quanto à contribuição que seus resultados poderiam dar para a sociedade, para a instituição de trabalho e para as práticas em saúde. A arbitrária separação entre teoria e prática está de tal forma enraizada no cotidiano e nos discursos dos sujeitos com os quais se convive que, por muitas vezes, seu apelo acaba contaminando o pensamento.

Os estudos orientados no marco da tradição marxista foram fundamentais para a superação dessa falsa problemática, uma vez que a teoria é concebida enquanto representação ideal do real em sua essência. Ora, uma prática competente não pode prescindir de consistentes conhecimentos, sob pena de

conformar-se com respostas imediatistas presas ao plano da aparência fenomênica do real.

Assim sendo, optou-se pela realização de um estudo acerca das abordagens teórico-conceituais sobre determinação social da saúde no campo da saúde coletiva, buscando, para além da elucidação das mesmas, analisá-las sob o prisma das suas contribuições e implicações para o fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Entende-se que as formulações teóricas não padecem de neutralidade e estão permeadas por pressupostos ideológicos.

Recentemente, a determinação social da saúde retornou à pauta de discussões do setor e pode-se dizer que sua projeção em âmbito mundial deu-se em 2005, quando a Organização Mundial da Saúde constituiu a Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde, seguida pela criação da comissão brasileira em 2006. Desde então, o assunto tem sido objeto de renovadas discussões na literatura da área. A inquestionável importância desta retomada não significa homogeneidade nas concepções acerca do assunto, merecendo atenção que pode se traduzir em estudos mais criteriosos.

As formulações teóricas que versam sobre a determinação social da saúde invocam a compreensão do processo saúde-doença. Tal entendimento não é unívoco, estático ou neutro; por isso, é necessário atentar para a historicidade deste fenômeno. Em diferentes momentos históricos, podem-se verificar distintos conceitos e explicações, respondendo às demandas destes momentos, bem como correspondendo a diferentes interesses sociais que representam. Ao modo de produção capitalista, convêm as explicações centradas em causas naturais (modelo unicausal) ou até mesmo as multicausais (elencam vários elementos, mas todos no mesmo plano), pois a questão da forma de organização social não é tocada e, portanto, eximida de toda e qualquer responsabilidade.

Existem diferentes maneiras de se pensar a relação saúde/sociedade e cada qual traz em seu âmago concepções de saúde que correspondem a distintas intencionalidades e ideologias. No âmbito das construções teóricas que iluminam as práticas, a influência das transformações societárias em curso desde o último quartel do século XX é observada pelo alastramento do pensamento pós-moderno no campo da saúde, com análises cada vez mais desconexas da totalidade social. Aos que não compactuam com estas “novas” perspectivas, cabe atuar na contracorrente, o que demanda posicionamento ético-político e parâmetros teórico-metodológicos

que possibilitem ultrapassar a aparência e chegar à essência dos fenômenos. Neste caminho, a discussão sobre as abordagens da determinação social da saúde se faz pertinente.

A opção pelas mais variadas abordagens implica na clareza de seus fundamentos, horizontes de referência, ideologias subjacentes, alcance e propósitos, tendo em vista a coerência com a intencionalidade do profissional. Caso contrário, tratar-se-ia de uma escolha tecnocrática. Dessa forma, é necessário o esclarecimento dos referenciais adotados, visto que se sustentam em parâmetros filosóficos, éticos e teóricos distintos. A definição de objeto, a construção de lutas políticas, o desenvolvimento de práticas, as configurações de modelos assistenciais, as respostas profissionais, o envolvimento ou não de diferentes profissões, entre outras questões, estão embebidas em referenciais.

Assim, este estudo se propõe problematizar as abordagens teórico-conceituais sobre determinação social da saúde tendo como referência suas contribuições ou implicações no caminho de retomada do Projeto da Reforma Sanitária. Para tanto - e não é redundante registrar -, atentando para os processos históricos em curso que nos situam em tempos de profundas transformações societárias. Esta opção justifica-se pelo entendimento de que a compreensão dos fenômenos e a busca de sua essência se dão a partir de uma leitura de totalidade, de análise que contemple a relação dialética entre singular, particular e universal.

Longe de ser um debate puramente conceitual, a pretensão repousa na busca pela essência das abordagens, bem como seu potencial transformador frente aos colossais desafios de uma realidade que desafia e impõe capacidade de leitura crítica para elaboração de respostas que tenham como horizonte a radicalização da democracia, uma das bandeiras da Reforma Sanitária Brasileira. Urge a necessidade de revisitar os pressupostos da citada reforma, a fim identificar os elementos que lhe conferiram o caráter tensionador, mobilizador e transformador de que tanto se carece contemporaneamente.

Fundamentalmente, propõe-se a tarefa de crítica do conhecimento acumulado sobre determinação social da saúde. O significado da expressão “crítica ao conhecimento acumulado”, aqui, se perfila ao pensamento marxiano, que “consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus fundamentos, os seus condicionamentos e os seus limites” (NETTO, 2009, p. 672). Assim, buscou-se maior aprofundamento sobre as abordagens, localizando-as historicamente e

analisando-as segundo suas origens, propostas, interpretações do processo saúde-doença e pressupostos teóricos, metodológicos, éticos e políticos.

Intencionalidade e clareza teórico-metodológica caminham de mãos dadas e, portanto, torna-se indispensável o domínio das referências utilizadas na formulação de políticas, na orientação das práticas e pesquisas que se pretendam teórica e metodologicamente consistentes, bem como ética e politicamente coerentes. É justamente nesse aspecto que reside a pretensão de contribuição deste estudo, especialmente, aos que compartilham do posicionamento em defesa do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Feita esta introdução, onde se buscou situar o leitor a respeito da totalidade da investigação, a exposição avança organizada na forma descrita a seguir.

O segundo capítulo apresenta o percurso metodológico da pesquisa.

No terceiro capítulo, “Concepções e Explicações sobre o Processo Saúde-Doença no Devir da História”, faz-se uma recuperação histórica das explicações sobre o fenômeno, evidenciando, para além da localização temporal, as formas de pensamento e prática, bem como a inseparabilidade entre o movimento da sociedade e as concepções vinculadas. Em suma, pretende-se demonstrar a historicidade das interpretações e a perspectiva da totalidade que está presente no real e da qual não se pode prescindir nas análises.

No capítulo “Uma História de Projetos em Disputa: a trajetória do sistema de saúde no Brasil”, tematiza-se a constituição deste campo e procura-se elucidar a histórica disputa por hegemonia entre distintos projetos. Um, notadamente representando os interesses do capital, vislumbra um rentável mercado no campo da saúde: o privatista; o outro traduz anseios por ampliação e radicalização da democracia, com horizonte em outra sociabilidade: o da Reforma Sanitária.

Em seguida, no capítulo “O Revigoramento do Social na Saúde: os Determinantes Sociais e a Determinação Social da Saúde”, apresenta-se uma sucinta retrospectiva sobre os momentos onde o aspecto social do processo saúde-doença ganhou relevância, para, na sequência, adentrar na exposição e análise da construção teórico-conceitual da Determinação Social e da proposta dos Determinantes Sociais da Saúde.

O sexto capítulo intitula-se “Pela Retomada do Potencial Revolucionário da Reforma Sanitária”. Neste, intenciona-se oportunizar reflexões acerca das

potencialidades dos referenciais estudados para a retomada e fortalecimento da essência transformadora do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Para a construção do estudo, delimitou-se como tema “as teorias sobre a determinação social da saúde na literatura científica da saúde coletiva e suas contribuições para o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira”. Formulou-se, então, o seguinte problema: como as teorias sobre determinação social da saúde presentes na literatura da saúde coletiva podem contribuir para o fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira? A fim de nortear a pesquisa e responder a questão maior, construíram-se as seguintes questões: Como as abordagens teóricas sobre determinação social da saúde entendem o fenômeno saúde-doença e a relação saúde/sociedade? Em que contexto histórico se desenvolveram as distintas construções sobre determinação social da saúde? Que projetos societários são subjacentes às abordagens sobre determinação social da saúde? Sob quais fundamentos teóricos, metodológicos, éticos e políticos estão embasadas as construções teóricas sobre determinação social da saúde? Como se apresentam do ponto de vista político e metodológico as propostas de trabalho em saúde baseadas na concepção da determinação social da saúde?

O objetivo geral consistiu em analisar as teorias sobre determinação social da saúde presentes na literatura da saúde coletiva, visando o aprofundamento do debate teórico, conceitual e político sobre o tema, bem como suas contribuições ao fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. E como objetivos específicos, definiu-se: caracterizar as abordagens teóricas sobre determinação social da saúde quanto à definição do conceito, entendimento do fenômeno saúde-doença e compreensão da relação saúde e sociedade; identificar que projetos societários são subjacentes às construções teóricas sobre determinação social da saúde; localizar o contexto histórico das construções teóricas sobre determinação social da saúde; identificar os pressupostos teóricos, metodológicos, éticos e políticos que fundamentam as construções teórico-conceituais sobre determinação social da saúde; identificar os aspectos político e metodológico nas propostas de trabalho baseadas na concepção da determinação social da saúde.

Não por acaso escolheu-se o tema desta investigação; tal escolha foi repleta de intencionalidade, que pode ser traduzida, ainda que simplificada, no entendimento de que é imperativo questionar os referenciais teóricos adotados pelos partícipes de um campo permeado por disputas entre distintos projetos de saúde.

Acredita-se no potencial tensionador que o tema carrega, haja vista ser controverso no setor saúde. A escolha do método não poderia ser diferente, pois também expressa concepção filosófica, intencionalidade, posicionamento ético-político. A coerência reclama, então, a opção por um caminho que vislumbre a possibilidade de transformação. Sendo assim, elegeu-se o método dialético-crítico tendo como quadro de referência o materialismo histórico.

Considera-se que o ponto de partida e de chegada é a realidade, sendo que nesta, já saturada de determinações, se opera a síntese. A realidade, entendida como totalidade em permanente movimento, não se mostra imediatamente aos olhos, sendo preciso analisá-la crítica e dialeticamente para conhecê-la e transformá-la, intencionalidade já referida anteriormente. Segundo Lefebvre (1991, p. 238), “o método dialético busca captar a ligação, a unidade, o movimento que engendra os contraditórios, que os opõe, que faz com que se choquem, que os quebra e/ou supera. Este método tem como categorias centrais a contradição, a historicidade e a totalidade (PRATES, 2001), que mais do que interpretativas, constituem o próprio real, ou seja, são ontológicas.

Totalidade é entendida enquanto “realidade como um todo estruturado em curso de desenvolvimento e de autocriação” (KOSIK, 2002, p.43). A totalidade concreta “significa que cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo”. Para Kosik (2002), este ponto de vista é o princípio metodológico da investigação dialética da realidade social. O autor explica que a realidade tal como se apresenta aos homens num primeiro olhar constitui a esfera da pseudoconcreticidade, onde o real se mostra na sua aparência fenomênica, como um mundo dos meios, onde se desenvolve a práxis utilitária imediata e o senso comum, os quais ajudam o homem a obter êxito nas atividades do cotidiano, mas não proporcionam a compreensão do real na sua essência.

Tendo em vista a superação da pseudoconcreticidade, o pensamento dialético não nega a existência dos fenômenos, mas, sim, sua pretensa independência, demonstrando seu caráter mediato (KOSIK, 2002).

Se a realidade é um todo dialético e estruturado, o conhecimento concreto da realidade não consiste em um acrescentamento sistemático de fatos a outros fatos, e de noções a outras noções. É um processo de concretização que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos

fenômenos para a essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade; e justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento recíproco e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade (KOSIK, 2002, p.50).

Desta forma, esta categoria auxilia na compreensão de que é preciso problematizar os fatos de uma dada realidade, buscando suas determinações, estruturas significativas, sem perder a noção de que isoladas não correspondem a concreticidade.

A opção pelo estudo das diferentes construções teóricas sobre determinação social da saúde busca respostas a muitas indagações, tais como: a que racionalidades se filiam? Quais forças sociais estão por trás, já que a saúde é campo e objeto de disputa, de luta por hegemonia? Quais processos sociais estão implicados? A quais interesses respondem? Quais projetos societários e visões de homem e de mundo legitimam? Quais categorias e conceitos lhe são subjacentes ou complementares? Para tal empreitada a categoria historicidade é imprescindível.

A historicidade só é possível com o entendimento de que o homem não começa sempre do princípio, mas se liga aos resultados de gerações precedentes (KOSIK, 2002). Prates (2001), com base em Marx e autores marxistas, explica que “só é possível conhecer um fenômeno, sujeitos, instituições a partir do resgate da sua gênese, ou seja, do conhecimento da sua história, do curso de transformações ocorridas na sua constituição”.

Fundamentalmente, esta investigação repousa na busca pela essência das referidas teorias, ou seja, sua estrutura e dinâmica. Dinâmica que só pode ser apreendida no movimento da historicidade, categoria basal na apreensão da processualidade - inerente à realidade - da constituição das formulações.

Este processo de conhecimento, que objetiva ultrapassar a aparência fenomênica, também se dá através da definição de um elemento pelo que ele não é (CURY, 2000, p. 30). A transformação, na lógica dialética, ocorre no movimento gerado pelo acirramento das contradições, categoria fundamental para o método, visto que

a realidade não é apenas o já sido, embora ela possa no seu estar-sendo incorporar elementos do sido. Ela também não é só o ainda-não, embora sem este elemento o real se torne superável. (...) A tensão entre o já sido e o ainda-não é que possibilita o surgimento e a implantação do novo (...) (CURY, 2000, p.31).

A contradição é intolerável, logo, obriga à superação, sendo, então, destruidora e criadora ao mesmo tempo (CURY, 2000). Porém, o produto da superação, a síntese, guarda elementos da tese e da antítese. Sendo assim, buscar-se-á analisar o objeto a partir da sua processualidade, suas determinações históricas, bem como pelo movimento de luta dos opostos que o constituem. A ideia é buscar a origem, o processo de desenvolvimento deste referencial e explorar as possibilidades instituintes, questão pertinente neste momento onde, conforme alguns autores da saúde coletiva, é necessário buscar uma base teórica para o campo.

Além das categorias do método, elegeram-se as seguintes categorias temáticas: processo saúde-doença, determinação social da saúde, determinantes sociais da saúde e reforma sanitária brasileira. Estas categorias explicativas da realidade relacionam-se com os objetivos da investigação e subsidiaram as reflexões durante todas as etapas do estudo.

O objetivo do estudo, que busca as contribuições das teorias sobre determinação social da saúde, formuladas à luz de diferentes perspectivas, para o fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, implica num aprofundamento teórico nas formulações, a fim de conhecer seus pressupostos epistemológicos, filosóficos, éticos e direcionamento político, e, assim, fomentar o debate acerca de suas implicações para o revigoramento do projeto referido. Dessa forma, trata-se de uma pesquisa teórica, ou seja, voltada a estudar teorias e desvendar quadros teóricos de referência. Este tipo de pesquisa "(...) busca, em geral, compreender ou proporcionar um espaço para discussão de um tema ou uma questão intrigante da realidade" (VILAÇA, 2010, p. 64).

A abordagem dos dados caracterizou-se como qualitativa, visto que se buscou a compreensão de concepções, escolhas teóricas, metodológicas e políticas subjacentes às teorias a serem estudadas. Esta abordagem mostrou-se pertinente ao estudo proposto, pois, conforme esclarece Minayo (2006, p. 57), "se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções

e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

A investigação foi de natureza exploratória e descritiva, posto que buscasse maior aproximação e elucidação sobre o objeto. Como bem esclarece Triviños, estes estudos “permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” (1987, p. 109), bem como os descritivos possibilitam “reunir uma grande quantidade de informação” (1987, p. 109). Em relação aos procedimentos, consistiu em uma pesquisa bibliográfica, ou seja, que tem como base materiais já publicados, como livros, artigos de periódicos, teses, dissertações, além de documentos disponíveis na internet. Consiste em um procedimento bastante utilizado em investigações, a exemplo desta, que buscam estudar entendimentos diversos. É importante salientar que esta modalidade exige reflexão do investigador, não sendo simples compilação (LIMA; MIOTO, 2007).

Para delimitação do universo da pesquisa, utilizaram-se como critérios os parâmetros linguístico e temático. Desta forma, o universo compreendeu livros, artigos de periódicos e documentos sobre o tema “determinação social da saúde” produzidos no âmbito da saúde coletiva brasileira na língua portuguesa. A amostra caracterizou-se como não probabilística e intencional, tendo em vista a proposta de investigação que busca o aprofundamento teórico da temática e, portanto, há necessidade de conhecer a essência do pensamento dos principais formuladores das teorias sobre determinação social da saúde.

Logo, foi composta por livros de autoria de pensadores reconhecidos no campo da saúde coletiva por sua produção e notória contribuição sobre o assunto; e publicações oficiais sobre determinantes sociais da saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Intencionando o aprofundamento teórico sobre as abordagens da determinação social e dos determinantes sociais da saúde, foram selecionadas e analisadas obras reconhecidas no campo da saúde coletiva como principais referências no assunto, capazes de apresentar a essência do pensamento dos seus formuladores. As fontes selecionadas estão discriminadas no quadro que segue.

Quadro 1- Fontes Seleccionadas para o Estudo

OBRA	AUTORIA	NATUREZA
Epidemiologia: economia, política e saúde	BREILH, Jaime	Livro - literatura científica
Investigação da Saúde na Sociedade: guia prático sobre um novo enfoque do método epidemiológico	BREILH, Jaime; GRANDA, Edmundo	Livro - literatura científica
A Saúde-Doença como Processo Social	LAURELL, Asa Cristina.	Artigo - literatura científica
Redução das desigualdades no período de uma geração - igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde	Documento institucional - relatório
As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde	Documento institucional - forma de relatório

Fonte: a pesquisadora (2012).

Importa esclarecer que, embora sejam considerados trabalhos pioneiros dentro da perspectiva da determinação social da saúde, as publicações de estudiosos como Jaime Breilh e Edmundo Granda, no Equador, Asa Cristina Laurell, no México, Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca, no Brasil, o aprofundamento dos estudos sobre este tema foi desenvolvido por Breilh e Granda, Breilh e Laurell. Por esta razão, dentre as referências citadas, os textos destes autores foram seleccionados para a investigação. As obras estudadas são consideradas referências no desenvolvimento desta construção teórico-conceitual.

Os instrumentos e técnicas definidos foram a pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica não se resume à revisão da literatura como rotineiramente tem se feito referência; antes, sim, “implica um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 38). É desenvolvida tendo como fonte documentos de domínio científico como livros, artigos, teses e dissertações, possibilitando o contato direto com as obras que tratam do assunto escolhido.

Este tipo de pesquisa tem como uma das principais vantagens a compreensão aprofundada sobre um assunto que está disperso no tempo (MARCONI; LAKATOS, 2010). Na pesquisa bibliográfica, a principal técnica empregada é a leitura. Foram realizadas leituras sucessivas a fim de identificar as informações necessárias aos propósitos do estudo. Seguindo as recomendações propostas por Lima e Miotto (2007), as etapas de leitura que constituíram este estudo podem ser identificadas a seguir:

- a) leitura de reconhecimento do material: leitura rápida a fim de identificar e escolher o material que tem potencial de mostrar informações sobre o tema;
- b) leitura exploratória: leitura de sumários; manuseio das obras para ver se as informações respondem aos objetivos do estudo; leitura rápida a fim de identificar se aquilo que foi selecionado realmente interessa para a investigação;
- c) leitura seletiva: momento onde se define o material que realmente interessa, relacionando-o aos objetivos de pesquisa. Momento de escolha do que é de fato relevante e pertinente, e descartados os dados secundários;
- d) leitura reflexiva ou crítica: estudo crítico do material guiado por critérios determinados a partir do ponto de vista do autor da obra. A finalidade é colocar em ordem e sumarizar as informações que estão ali. Dá-se nos textos definitivos e busca responder aos objetivos da pesquisa. Busca-se compreender o que o autor está afirmando e o porquê;
- e) leitura interpretativa: momento mais complexo que tem por finalidade relacionar as ideias da obra com o problema para o qual se busca resposta. É o momento de interpretação das ideias do autor e, juntamente, faz-se uma inter-relação das mesmas com o propósito do pesquisador. É preciso a capacidade de associação de ideias, transferência de situações, comparação

de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criar. O critério norteador nesse momento é o propósito do pesquisador.

Para a compreensão da trajetória trilhada, faz-se necessário explicitar as etapas do estudo. A fim de buscar respostas ao problema de pesquisa, a primeira etapa consistiu no estudo sobre o Projeto da Reforma Brasileira, seguido pela definição de autores que constituiriam o quadro de referência sobre o assunto. Buscou-se recuperar seu percurso histórico, apreender as finalidades, objetivos, pertinência de sua proposta, bem como de sua retomada na atualidade. Esta fase foi construída com o objetivo de desempenhar o papel de referência para todo o percurso do estudo e subsidiar as análises sobre as teorias estudadas.

Considerando que este estudo não pretendeu examinar a Reforma Sanitária em si, mas captar aspectos de sua história, essência e perspectivas futuras, a fim de buscar as relações com as construções teórico-conceituais, optou-se por adotar como referência para o quadro teórico as produções mais recentes e significativas para esta investigação dos autores: Bravo e Mattos (2004), Bravo (2008), Bravo e Menezes (2011), Bravo e Correis (2012), Paim (2008), Fleury (2009; 2009 b), Cohn (2009) e Escorel (1998). A escolha justifica-se pelo fato de serem expoentes na área da Saúde Coletiva e do Serviço Social, que há muitos anos têm sua produção intelectual voltada para o tema da Reforma Sanitária. Além dos aspectos citados, pretendeu-se trazer a análise sobre o que é necessário para o fortalecimento do referido projeto.

No segundo momento, procedeu-se ao levantamento, localização e obtenção do material bibliográfico e documental referente às teorias sobre determinação social da saúde. Respeitando os critérios já mencionados, foram identificados os materiais capazes de responder às questões estabelecidas no estudo; após, foram localizadas as obras a fim de buscar sua obtenção. Em seguida, construiu-se o instrumento-guia das leituras a partir dos objetivos da pesquisa. O mesmo consistiu em um roteiro para as leituras, de forma a permitir a coleta das informações relevantes para a compreensão do objeto de estudo.

Convém destacar que, neste tipo de investigação, o roteiro para a leitura pode ser ampliado ou reduzido conforme a necessidade do pesquisador e do projeto, o que de fato foi realizado. O pesquisador pode valer-se de quantos campos forem necessários para o estudo aprofundado da obra, estando coerente com o objeto de estudo e os objetivos a serem alcançados (LIMA; MIOTO, 2007).

Seguiu-se, então, a leitura do material bibliográfico referente às teorias sobre determinação social da saúde. Inicialmente, foram realizadas leituras de reconhecimento, exploratória e seletiva de todo material selecionado. Foram contempladas as elaborações mais representativas, ou seja, que se constituem em referências sobre o assunto. Leituras preliminares já indicavam importantes produções dispersas em diferentes momentos históricos, sendo algumas das décadas de 1970, 1990 e 2000. Diante da importância das mesmas, pela sua influência no pensamento sanitário brasileiro, não havia como desconsiderá-las impondo rígidos limites temporais. No entanto, o período compreendido entre as décadas de 1970 e 2010 foi privilegiado, visto a concentração de produções sobre o tema neste espaço de tempo. Assim, o principal parâmetro consistiu na relevância da obra na construção do pensamento sobre determinação social da saúde.

Posteriormente, já de posse de materiais pertinentes e relevantes ao estudo, foram feitas as leituras reflexiva (ou crítica) e interpretativa nos textos definitivos com propósito de buscar respostas aos objetivos e relacionar as ideias do texto com o problema de pesquisa. A fim de preservar a noção de totalidade da obra, bem como manter sua coerência e o encadeamento das ideias dos autores, tomou-se o cuidado de elaborar resumos após as leituras antes de buscar as referidas respostas. Para a análise dos dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, conforme a proposta de Bardin (2009), que consiste em um

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 33).

Segundo Bardin (2009, p. 121), as fases da análise de conteúdo são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise consiste em um momento de organização do material, escolha dos documentos que serão analisados a partir dos objetivos da investigação, construção de hipóteses e objetivos, formulação de indicadores que fundamentarão a interpretação final. Na fase de exploração do material, são realizadas codificação, classificação e categorização do conteúdo. Na terceira etapa, ocorrem as interpretações e inferências, à luz do referencial teórico que orienta o estudo.

Após o término da pesquisa e devida submissão final à banca de avaliação, pretende-se contribuir para a difusão e democratização da informação, elaborando artigos científicos a serem enviados para apreciação de periódicos das áreas da saúde coletiva e do Serviço Social. Também será entregue uma cópia da dissertação final ao setor de biblioteca do Hospital Nossa Senhora da Conceição, locus de trabalho e inspiração para o desenvolvimento do estudo, o qual só foi possível pela existência de uma política institucional de estímulo à formação e desenvolvimento dos trabalhadores.

3 CONCEPÇÕES E EXPLICAÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO DEVIR DA HISTÓRIA

A compreensão da realidade e seus fenômenos é busca incessante da humanidade. As formas ou as lentes através das quais procede são possibilidades inscritas em determinadas formações sociais e contextos históricos. As maneiras de pensar e entender o mundo não são independentes do desenvolvimento geral das sociedades, há uma relação de interdependência, de determinação recíproca. Faz-se importante alertar que quando se abordam os modos predominantes como a humanidade interpreta o mundo, isso não deve ser entendido de maneira absoluta, mas historicamente situada e em termos de formas hegemônicas, sempre considerando a coexistência de diferentes maneiras num mesmo período, havendo resquícios de visões próprias de momentos pretéritos convivendo com as predominantes no cenário analisado.

Não é diferente com as explicações acerca da saúde e da doença, ou seja, são construções de seu tempo histórico, não estão livres de determinações sociais. Recorrendo a uma perspectiva histórica, é possível apreender diferentes explicações sobre o processo saúde-doença em diferentes culturas e períodos de desenvolvimento da humanidade, revelando sua historicidade. Assim, este capítulo propõe-se a fornecer apontamentos relativos a esta dinâmica de historicidade e processualidade das construções interpretativas do fenômeno saúde-doença.

3.1 AS EXPLICAÇÕES PARA O FENÔMENO SAÚDE-DOENÇA: DO PENSAMENTO MÁGICO-RELIGIOSO AO RACIONAL

Desde os primórdios da existência humana, o pensamento mágico/mitológico e religioso constitui uma forma de explicar a realidade. Resguardadas as particularidades de cada civilização, em termos gerais pode-se dizer que esta maneira de interpretação também esteve presente em grandes civilizações da antiguidade oriental, como os povos hebreus, egípcios, caldeus e assírios, dentre outros. No âmbito da análise orientada pelo materialismo histórico e dialético, a compreensão acerca destas formas de entendimento do real não pode ser atribuída apenas como fruto do pensamento puro, do mundo das ideias desconectadas dos

fatos da vida concreta, pois se cairia no idealismo. Assim, é preciso identificar as formas de produção e reprodução da vida material e social nestas sociedades.

Estas civilizações tinham como características comuns a economia baseada na agricultura irrigada (também são conhecidas como sociedades hidráulicas por terem prosperado às margens de rios e desenvolvido técnicas de drenagem), pelo modo de produção asiático e regime de trabalho servil. Ainda que existissem escravos, a força de trabalho era constituída predominantemente por servos. As terras, principal meio de produção, pertenciam aos Estados, representados por reis, imperadores ou faraós. Os camponeses estavam presos à terra e serviam aos reis absolutos, repassando-lhes o excedente agrícola (aluguel da terra). Não havia possibilidade de mobilidade social, eram sociedades estamentais, ou seja, a hereditariedade era critério de pertencimento aos estamentos.

A divisão da sociedade em privilegiados (nobreza, guerreiros e sacerdotes), camponeses e escravos justificava-se pela vontade divina, visto que o poder político dos soberanos derivava da religião, constituindo Estados teocráticos e despóticos (onde o poder é centralizado em uma pessoa). As interpretações dos fenômenos da realidade ancoravam-se nas explicações mágico-religiosas, constituíam o fundamento para o desenvolvimento da matemática, arquitetura e medicina, visto que nestas civilizações não havia a separação entre o mundo natural, físico, palpável, e o divino.

No que concerne à doença, estes povos a explicavam como resultante da invasão de elementos externos, de ordem natural ou sobrenatural (espíritos), que, ao invadirem o organismo humano, provocavam o adoecimento. A passividade caracterizava este fenômeno, ou seja, o organismo não tinha participação em tal acontecimento (BARATA, 1990; OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Já as medicinas hindu e chinesa apresentavam explicações diferentes, pois se baseavam em observação e prática empírica. A doença era entendida como resultante do desequilíbrio entre os elementos do organismo humano e acontecia pela desarmonia dos princípios yin e yang. A busca pelo reequilíbrio e recuperação das forças vitais estava presente, apontando o papel ativo do ser humano no processo. Os elementos externos, do ambiente (clima, animais, insetos, movimentos dos astros, dentre outros) eram os responsáveis pela desarmonia, naturalizando as causas do fenômeno e deixando as explicações mágico-religiosas em segundo plano. (BARATA, 1990; OLIVEIRA; EGRY, 2000). Cabe esclarecer que esta

separação, entre natureza e religião, não é nítida nestas civilizações, havendo um complexo entendimento acerca da unidade entre corpo, mente, espírito e natureza (cosmos). O pensamento chinês, por exemplo, contempla a unidade dos contrários, não há nenhuma antinomia entre o afirmativo e o negativo, há uma relação de complementaridade.

A civilização Grega contava com uma cultura de reflexão filosófica e um pensamento que buscava explicações racionais através da observação empírica para a compreensão dos fenômenos. A saúde era entendida como consequência da harmonia entre os elementos do organismo humano. A doença, concebida como fenômeno natural que resultaria de desequilíbrios provocados por diversos elementos do ambiente quando em ação no organismo humano. A medicina hipocrática buscou nas observações empíricas e na prática clínica de cuidado com o corpo as formas de compreensão da questão. Desta prática resultaram as primeiras aproximações com as hipóteses sobre o contágio (BARATA, 1990; OLIVEIRA; EGRY, 2000).

No período medieval, momento de consolidação do modo de produção feudal, o pensamento mágico-religioso é retomado. A compreensão do mundo pela religião (teologia) é hegemônica nesta época e constituía o fundamento explicativo e justificativo da estrutura social hierárquica e sagrada. Com o advento do Cristianismo, a salvação do espírito ocupava primazia em relação à prática clínica. As doenças eram atribuídas ora a castigos divinos frente aos pecados da humanidade – estando a cura nas mãos de Deus –, ora à ação de forças demoníacas que se incorporariam ao corpo e à alma do doente, necessitando da exorcização. Entre os cristãos, a Deus caberia a responsabilidade por todos os acontecimentos, fossem naturais ou sociais. A medicina era praticada por monges (PERNA; ALBUQUERQUE, 2011; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Segundo Batistella (2007a), ainda que a Igreja tenha perseguido os que defendiam o conhecimento através da observação da natureza, o saber acerca da higiene e saúde, construído pela civilização greco-romana, é conservado no interior daquela instituição, que no final da Idade Média abrigou as primeiras universidades. Desses dados, não é difícil depreender que a captura do conhecimento construído pela humanidade, aliada à disseminação de um modo de conhecimento alienante, constitui uma forma de manipulação com fins de garantia de uma determinada ordenação social. No feudalismo, o poder é fragmentado, cada feudo constituía um

centro de poder nas mãos do senhor feudal, e as explicações da relação entre governados e governantes era dada através da vontade divina.

Frente às epidemias que assolavam a Europa no final da Idade Média, a preocupação com as causas das doenças é retomada. Certamente, isto não se deu de forma isolada ou ao acaso, mas como expressão de uma nova concepção de mundo que vinha se gestando concomitantemente com transformações na esfera produtiva e na organização social. Neste período, entre a Baixa Idade Média e o início da Idade Moderna, marcado por transformações de ordem social, econômica, política, cultural e religiosa, nasce um movimento cultural e científico chamado Renascimento, que terá grande importância no desenvolvimento da ciência moderna.

O pensamento renascentista concebia o homem como condutor da história da humanidade (antropocentrismo), opondo-se ao pensamento medieval, que (está sobrando) centrado na religião (teocentrismo). O conhecimento, através do uso da razão, também é uma das principais características deste movimento. Retomando elementos da cultura greco-romana, o Renascimento expressou as manifestações artísticas, culturais e científicas do novo mundo: urbano e burguês (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Esse novo mundo precisava de um conhecimento que aliasse ciência e técnica e não mais o saber contemplativo até então exercido. A não preocupação com o uso do conhecimento na transformação do mundo, própria da Antiguidade e da Idade Média, encontra uma possível explicação na estrutura de classes desses períodos. Tanto no regime escravista quanto no feudal, os pensadores não debruçavam suas atenções ao trabalho, visto este ser tarefa do escravo, numa formação, e do servo, noutra. Logo, o saber não se voltava ou aliava à técnica. Se no mundo medieval o valor do homem está vinculado à propriedade da terra e à linhagem à qual pertencia, na racionalidade burguesa ancora-se no esforço e na capacidade de trabalhar do homem.

Na busca por explicações racionais acerca do homem e da natureza, os recursos da observação e da experimentação foram resgatados. No campo da saúde, nascem duas conceituações conflitantes: o contágio e a constituição epidêmica. Em 1530, é publicada a obra “De Contagione”, do poeta e médico Girolamo Fracastoro, na qual é concebido o contágio e a existência de partículas imperceptíveis nas explicações para cada doença epidêmica. Outra corrente de

estudiosos, os não contagionistas, representados por Thomas Sydenham, defendia a ideia de constituição epidêmica, na qual os desequilíbrios na constituição atmosférica e corporal seriam responsáveis pelas epidemias (BATISTELLA, 2007a; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Tais formulações originaram a teoria dos miasmas, segundo a qual a origem das doenças se deve ao conjunto de maus odores propagados pelo ar e derivados da putrefação de matéria orgânica presente nos solos e águas devido às precárias condições sanitárias. A hegemonia desta explicação perdurará até a metade do século XIX, quando é inaugurada a era bacteriológica. Já no século XVIII, sob o ideário da modernidade, calcado na autonomia da razão, o estudo das causas perde espaço para a prática clínica, as investigações se concentram sobre o funcionamento do corpo e as alterações provocadas pelas doenças; logo, a dimensão coletiva cede espaço para a individual (BARATA, 1990; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Mas antes de dar este salto, voltando ainda ao período do Renascimento, alguns pensadores já mencionavam a associação entre a ocorrência de doenças e as condições de vida. Dentre eles, Rosen (1983) cita Bernardo Ramazzini (1666-1714). O mesmo autor pondera, entretanto, que esta questão ainda não se configurava como objeto de investigações sistemáticas. Outras descobertas importantes para a área da saúde datadas desse período foram feitas por André Vesalio, Servet e Willian Harvey. O primeiro prestou grande contribuição ao conhecimento sobre a anatomia humana através de seus estudos de dissecação de cadáveres, mesmo ante a proibição da Igreja Católica. Os seguintes foram responsáveis pela explicação da circulação sanguínea.

É interessante retroceder um pouco na história para compreender a conformação desta nova forma de pensamento que emerge no Renascimento e que está atrelada ao desenvolvimento político e econômico do período. No século XI, aparecem os burgos, aldeias situadas nos arredores dos castelos e mosteiros, instalados por servos libertos que estabeleceram relações distintas daquelas entre senhores e servos. As relações eram entre iguais, em contraponto às tradicionais relações hierárquicas entre servo e senhor. Dedicavam-se à produção artesanal e ao comércio. No decorrer da história, o crescimento do poder econômico dessa população e, em seguida, do poder político, conformará a burguesia do século XIX.

Esse processo se inicia na Baixa Idade Média, com a formação e o crescimento das cidades.

No século XIV, deflagra-se a crise do feudalismo, que terá sua culminância no século XVIII com a consolidação do modo de produção capitalista. Nesse período, as contradições próprias do regime feudal acarretaram lutas entre senhores e servos. Agrega-se a este cenário o desenvolvimento do comércio e a penetração das mediações mercantis nas relações da economia feudal, ou seja, as trocas em espécie são substituídas por pagamentos em dinheiro. Ante as mobilizações dos servos, originou-se a necessidade de centralização do poder, até então fragmentado nos feudos, nas mãos do rei - que há séculos perdera a autoridade -, o qual defenderia a nobreza fundiária. É o surgimento do Estado absolutista, fundamentado e justificado por teóricos do absolutismo como Maquiavel.

Entretanto, os senhores feudais acabaram por perder a capacidade de intervenção, ao mesmo tempo em que cresceu a possibilidade de interferência dos comerciantes que se constituíram em financiadores deste Estado e de sua estrutura à medida que seus interesses eram contemplados. Este pacto interessava à nascente burguesia, tendo em vista sua necessidade de eliminar o poder dos senhores feudais visando a livre circulação pelos territórios - já que pagavam pedágios aos donos das terras. Ocorre que os interesses dos grandes mercadores eram conflitantes com os interesses da nobreza feudal, e o Estado absolutista passa a se tornar empecilho para o desenvolvimento da nascente burguesia (NETTO; BRAZ, 2006).

Conforme Netto e Braz (2006), as novas forças produtivas exigiam novas relações de produção. A burguesia passa, então, a questionar o poder absoluto do soberano e a defender outro tipo de Estado, legitimado pelo pacto do contrato social. Vai se gestar o Estado Liberal, justificado por seus teóricos (sendo John Locke e Adam Smith os mais expressivos) através da ideia de que o governo tem que ter um poder controlado por leis e governar em nome do interesse de todos, do bem comum, garantindo liberdade para que todos pudessem desenvolver-se plenamente. A sociedade democrática, o direito de todos à propriedade privada e a não intromissão do Estado na economia eram defendidas por aqueles ideólogos. A ideia é de um Estado neutro, que governará em favor de todos através do uso da razão.

Esse processo contou com a conquista da hegemonia econômica, política e cultural pela burguesia. Suas ideias permitiram-lhe o engajamento do povo que, sob

seu comando, lutou pelo fim do antigo regime. O ponto culminante de eliminação daquele obstáculo deu-se com a emblemática Revolução Francesa, em 1789 (NETTO; BRAZ, 2006). No âmbito da ciência, o novo modo de produção fundou-se sobre outro tipo de conhecimento fundamentado na razão, possível a partir das formulações de pensadores como Galileu (1564-1642), Copérnico (1473-1543), Descartes (1596-1650) e Newton (1642-1727).

Na explicação dos fenômenos, não há espaço para a causalidade divina. A ciência abandona a religião, é laicizada e secularizada. Galileu separa razão e fé, buscando a verdade científica independente desta última. O argumento da fé medieval é contrariado mediante a recuperação do conceito de razão, como maneira de compreensão do mundo. Descartes (1596-1650) é considerado o primeiro grande filósofo moderno e propõe um método de conhecer a realidade, a dúvida metódica, que se inicia duvidando de tudo. Tanto Descartes, com seu racionalismo, quanto os empiristas ingleses exerceram grande influência na formação do pensamento dos filósofos iluministas, que defendiam a supremacia da razão e desqualificavam a fé. O Iluminismo francês do século XVII dá as principais categorias filosóficas de suporte da burguesia: o novo mundo burguês é racional e científico.

A moderna ciência nasce, então, no século XVII, caracterizada pela descrição matemática da natureza e o raciocínio analítico enquanto método. Trata-se do protagonismo do homem na condução da história por meio da racionalidade, diferindo daquele conhecimento alicerçado na religiosidade da Idade Média (PERNA; ALBUQUERQUE, 2011; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001). Como já exposto, a ciência deixa de ser um conhecimento contemplativo a serviço da teologia para ser ligada à técnica e a serviço da nova classe, que precisa de uma ciência que conheça e domine a natureza, visto que o posterior desenvolvimento da indústria depende disso. É uma nova postura frente ao mundo, onde o saber é ativo, parte da própria realidade observada e colocada à experimentação. O saber volta-se para transformar o mundo, aliando ciência e técnica.

A noção de causação social da doença, segundo a qual as condições de vida e trabalho estão relacionadas com o aparecimento das enfermidades, só vai ganhar força no final do século XVIII, num contexto onde a Europa vivia um processo de industrialização e crescente urbanização acompanhada pelo agravamento das precárias condições de vida. Este cenário, aliado ao desenvolvimento das ciências sociais, propicia a construção de uma teoria social da medicina, capitaneada por

estudiosos ligados aos movimentos políticos do período compreendido entre o final do século XVIII e primeira metade do século XIX. Neste período, destacam-se alguns estudiosos como Virchow, Neumann e Engels, que denunciavam as condições sociais de vida e de trabalho como responsáveis pelo adoecimento das populações. O ambiente, origem de todas as causas de doenças, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social (OLIVEIRA; EGRY, 2000; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Conforme Paim (2000), com a organização dos trabalhadores e o aumento da participação política, a questão saúde é incorporada à pauta dos movimentos reivindicatórios do período. Neste contexto, surge a denominação Medicina Social, referindo-se ao conjunto de propostas que entendiam a crise sanitária como resultante de processos políticos e sociais. A possibilidade de transformação da realidade sanitária é concebida através da participação política.

Para Gutierrez e Oberdiek (2001), esta vertente, a Medicina Social, terá seu desenvolvimento retardado com a derrota dos movimentos revolucionários. A resposta dos governos às denúncias deu-se na forma de medidas sanitárias e legislação trabalhista. Ou seja, a crise sanitária instalada e a revelação da relação entre saúde e sociedade que poderia conduzir ao questionamento da organização social rapidamente é absorvida e encaminhada com medidas apaziguadoras e com clara função de manutenção do projeto capitalista.

No âmbito estatal, principalmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, a resposta à problemática da saúde é dada pelo sanitarismo. Constituído por ações amparadas no uso de tecnologias e orientadas pela organização racional na definição e provisão de atividades de saneamento, imunização e controle de vetores, destinava-se prioritariamente aos mais pobres. Este conjunto de intervenções foi batizado com o nome de Saúde Pública e ganhou importante impulso com o advento do paradigma microbiano, reforçando o foco nas ações de limpeza e controle de vetores e relegando ao esquecimento a dimensão política e social (PAIM, 2000).

As descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX a partir dos estudos de Louis Pasteur e Robert Koch, dentre outros, inaugurarão a chamada era bacteriológica. A interpretação para o processo saúde-doença sofre uma simplificação, pois não são considerados outros aspectos além do biológico. O surgimento das doenças é atribuído a agentes etiológicos que, ao serem identificados, devem ser combatidos com medicamentos ou vacinas. Em outras

palavras, para cada doença, existe um agente e em seguida é proposta uma terapêutica, já não se procuram mais os aspectos sociais das causas. A saúde passa a ser entendida como ausência de doença, base do modelo biomédico até hoje dominante.

Assim, no século XIX, duas abordagens foram influentes em relação às doenças: a do contágio e a das condições sociais. As descobertas dos germes, vírus e a subsequente produção de vacinas representaram importante avanço para o controle de muitas doenças e melhoria das situações de saúde. Entretanto, à medida que a concepção biológica da doença ganha estatuto de verdade científica, as concepções baseadas nas condições sociais são deslocadas da análise (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Os questionamentos ao modelo unicausal ficam evidentes a partir da transição epidemiológica verificada no contexto dos países industrializados pós II Guerra Mundial. Com a tendência de aumento das doenças crônico-degenerativas e diminuição das doenças infecto-parasitárias, o agente etiológico como causador da doença já não responde mais ao quadro epidemiológico vivenciado. A insuficiência e incapacidade da teoria unicausal em explicar a ocorrência de muitas doenças faz com que outros fatores sejam agregados à explicação.

Desta forma, no século XX a concepção multicausal se torna predominante. Nesta, são reconhecidos diversos elementos para a ocorrência das doenças. Contudo, nestas propostas, ora não há interação entre os fatores, ora são desconsiderados os aspectos sociais, ora não se estabelece hierarquização entre eles. Conforme Barata (1990), há mais de uma formulação que podemos agrupar nesta concepção (como o modelo da balança, o da rede de causalidades, o ecológico), havendo em comum nas mesmas a redução do social em construções a-históricas e biologicistas.

Dentre estes modelos, o mais sofisticado é o ecológico, baseado na história natural da doença, proposto por Leavell e Clark. Segundo esta proposição, há uma tríade ecológica composta pelos elementos ambiente, agente e hospedeiro, que interagem, relacionam-se e condicionam-se mutuamente. As doenças ocorrem quando há um desequilíbrio nestas autorregulações. A história natural da doença considera a evolução de qualquer doença humana da seguinte maneira: pré-patogênese - há condições do indivíduo ou do ambiente, específicas ou inespecíficas, que predispõem a ocorrência de doenças; patogênese - é precoce

quando a doença está instalada e aparecem os primeiros sinais, e avançada quando a doença segue seu curso evoluindo para a cura, sequela ou morte; e sequela - as consequências da doença podem ser reparadas visando à reabilitação do sujeito (BATISTELLA, 2007a).

É reconhecida a contribuição desta formulação, especialmente pela possibilidade de propor ações de barreira, que podem ser de prevenção primária, secundária e terciária, de acordo com o estágio da história natural da doença. As críticas residem, fundamentalmente, numa nova biologização à medida que, inexistindo uma hierarquia entre os processos sociais e biológicos, concebidos em idêntico patamar, há uma redução da vida à sua condição animal, conforme expressa Barata (1990, p.6):

O modelo ecológico processa uma redução naturalista na interpretação das relações sociais que o homem estabelece com a natureza e os outros homens, na produção de sua vida material. Todos os elementos da relação são colocados em um mesmo plano a-histórico, intemporal, e a vida humana fica reduzida à sua condição animal. A produção social do homem se reduz a mais um dos fatores do meio ambiente. As determinações sociais, “naturalizadas” no conceito de multicausalidade, perdem inclusive seu potencial de crítica. A distribuição triangular dos elementos introduz no modelo uma racionalidade coerente com a ideologia capitalista, na medida em que: - reduz o elemento Homem à sua condição animal, biológica, transferindo para o “meio-ambiente” sua condição de produtor, expressa pelos padrões de consumo de que se desfruta, como consequência sua inserção má produção. Desta forma, o Homem, reduzido a um ser de categoria natural, pode ser classificado segundo critérios naturais, tais como idade, sexo e raça; - produz uma ruptura entre o sujeito social e seus produtos, obscurecendo a origem social da produção cultural, ou seja, os fatores do meio-ambiente também aparecem como naturais; - reduz os agentes etiológicos à sua condição biológica, negando a ela historicidade e atribuindo apenas o caráter ecológico.

No final da década de 1960, em um contexto de crise econômica e política, redução de gastos estatais com políticas sociais, crise da medicina curativista com seus altos e crescentes custos e baixa eficácia, as críticas ao modelo da história natural da doença se avolumam. O contexto também informa a emergência de movimentos políticos e o fortalecimento do referencial crítico. À medida que as explicações sociais para o processo saúde-doença revigoram, a concepção da determinação social ganha proeminência. Consiste numa abordagem que busca superar o biologicismo e a linearidade da relação causa-efeito, propondo a articulação de todos os processos presentes na produção das doenças, porém de forma hierarquizada. Compreende a saúde/doença como produção social, vinculada

ao modo de organização da sociedade. A causalidade é substituída pela noção de determinação. De acordo com Barata (1990; 2005) e Batistella (2007b), nasce com uma explícita intencionalidade perfilada a interesses populares.

3.2 OUTRAS CONCEPÇÕES VIGENTES NA ATUALIDADE

Atualmente, vigem diversas concepções sobre a saúde e a doença, ainda que o entendimento biologicista persista hegemonicamente. Mesmo que de forma bastante sumária, é preciso mencionar outras abordagens encontradas no campo da saúde coletiva e presentes na literatura consultada. Conforme Batistella (2007b), três formulações têm servido de referência para o debate contemporâneo da questão: saúde como ausência de doença, saúde como bem-estar e saúde como valor social.

A saúde como bem-estar é um conceito bastante difundido e remete à conceituação feita pela OMS, em 1948, quando de sua criação: completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade. O contexto deste enunciado é do segundo pós-guerra, período de reconstrução dos países que haviam sido palcos da guerra, de retomada do crescimento econômico. Conforme a análise de Scliar (2007), este conceito também expressava aspirações pelo direito a uma vida plena e livre de privações oriundas dos movimentos sociais do período. É importante destacar que este conceito nasce no contexto da guerra fria, logo, estava presente a necessidade de controle dos movimentos revolucionários, bem como busca de hegemonia para o projeto capitalista. A criação dos organismos internacionais de cooperação, dentre eles a OMS, datam deste período, numa clara busca por hegemonia ideológica.

Esta conceituação da OMS não passou livre de críticas, que repousaram principalmente no caráter inatingível e estático da saúde. Ainda, pela possibilidade de intervenções abusivas na vida das pessoas, por parte do Estado, em nome de tal ideal (SCLIAR, 2007; BATISTELLA, 2007b). Também se pode ponderar quanto ao caráter ideológico deste conceito, visto que nasce com o intuito de preservação da ordem capitalista, expressa a busca por uma harmonia com a sociedade, por um modelo correto, perfeito, bonito, que é ditado por esta ordem social. Em verdade, não rompe com a visão de saúde enquanto regularidade anátomo-funcional, como capacidade para o trabalho. Ainda assim, seu mérito reside na ampliação de fatores

que atuam nas situações de saúde e ao fato de remeter a ações de promoção à saúde.

A noção de saúde como ausência de doença está vinculada ao modelo biomédico, fortemente influenciado pelo método cartesiano. A visão de homem e natureza de filósofos como Descartes, Galileu e Newton, incorporada pela medicina, vê o corpo separado da mente e como uma máquina, sendo a doença um defeito em uma ou mais de suas peças. A reparação do dano remete necessariamente à ação de fármacos, vacinas ou procedimentos cirúrgicos, cujo manejo é prerrogativa do médico.

Não desconsiderando os inestimáveis avanços obtidos, pondera-se que a ciência fundada no método cartesiano, com seus estudos cada vez mais aprofundados em partes cada vez menores dentre as partes, ocasionou a perda da noção de totalidade. A relação homem-natureza foi cada vez mais separada. A concentração de esforços em lidar com doença relegou a saúde a um segundo plano. Assim, são características do modelo biomédico a individualização do processo saúde-doença, a ênfase no biológico, o caráter mecanicista – ao dividir o corpo e suas funções e promover a ultraespecialização.

O filósofo americano Christopher Boorse (ALMEIDA-FILHO; JUCÁ, 2002) conceituou saúde como ausência de doença. “A saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte.” (BOORSE, 1975 apud ALMEIDA-FILHO; JUCÁ, 2002, p. 881). Na sua percepção, os juízos de valor deveriam ser evitados e a definição dos conceitos de saúde-doença deveria ser descritiva. O estar saudável ou doente haveria de ser definido por elementos objetivos relativos ao funcionamento biológico (ALMEIDA-FILHO; JUCÁ, 2002; SCLIAR, 2007). Essa conceituação tem grande aceitação tanto entre profissionais como junto à população em geral porquanto sua aparente simplicidade. As condições sociais, elementos psicológicos, culturais, dentre outros, não são relevantes.

O conceito de saúde como direito foi construído no período de redemocratização brasileira no âmbito do movimento de Reforma Sanitária. Sua mobilização na defesa da ampliação dos direitos sociais conseguiu inscrever essa perspectiva no texto constitucional de 1988. Deixa explícito tratar-se de um direito de todos e obrigação do Estado através de políticas sociais e econômicas que deem conta desse direito (BATISTELLA, 2007b; SCLIAR, 2007). Consta no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido amplo, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Pelo que se pode observar, constitui um forte contraponto ao modelo biomédico, um dos objetos de contestação daquele movimento. Guarda íntima relação com as construções da vertente da determinação social da saúde ao relacionar às formas de organização social e de produção, explicitando uma gama de direitos que devem ser atendidos e que conformam elementos condicionantes das condições de saúde. Este conceito estabelece relação com a compreensão de que o acesso ao que a humanidade historicamente produziu possibilita saúde. Outro grande mérito reside na inclusão da perspectiva das ações intersetoriais, imprescindível para viabilizar e concretizar as condições inerentes à saúde.

Barata (2005), ao abordar perspectivas adotadas no âmbito da epidemiologia social, acrescenta outros enfoques que compõem o cenário da discussão: a ecoepidemiologia, o capital social, curso de vida e ecossocial. Segundo a autora, a abordagem da Ecoepidemiologia propõe a superação dos limites da epidemiologia moderna (limites teóricos da multicausalidade) através de um modelo que articula os distintos níveis de organização: meio-ambiente físico, indivíduos, sistemas fisiológicos, tecidos, células e moléculas. Estes, regidos por leis e dinâmicas próprias, mantêm uma hierarquia por nível de complexidade e encontram-se em relação de interação recíproca.

Sua proposta é simbolizada pela metáfora das caixas chinesas, expressando a conformação em níveis que guardam ligação entre si. Difere da multicausalidade ao buscar compreender o processo saúde-doença em nível populacional e não individual, considerando, então, os determinantes sociais. No entanto, utiliza a mesma lógica formal, trabalhando com a noção de interação funcional entre os sistemas, incorrendo em ausência de espaço para as transformações históricas e sendo atribuídas às transformações ambientais as mudanças no processo.

As investigações epidemiológicas sob a perspectiva da teoria do capital social buscam responder como as desigualdades de renda atuam na saúde dos indivíduos, e seus achados apontam o capital social como mediador dessa relação. Segundo

esta abordagem, a percepção da posição social em sociedades desiguais incide na diminuição da confiança e coesão social, que se traduzem em processos psico-neuro-endócrinos e em comportamentos antissociais e nocivos para a saúde (BARATA, 2005). A mesma autora explicita a origem do conceito de capital social, vinculado à sociologia funcionalista, na qual a sociedade compõe-se por partes (estratos sociais) que se articulam e cooperam em prol de objetivos comuns, tendo relações baseadas na solidariedade. Já nas sociedades doentes as relações são conflituosas e geram desigualdades.

Para esta concepção, o bem-estar está relacionado à coesão social, que seria o capital social da comunidade. As críticas a essa abordagem repousam no fato de incorrer em culpabilização individual, ao enfatizar os comportamentos e processos psicológicos, sem considerar o contexto maior; na despolitização do tema do desenvolvimento social e no enfoque interpretativo do processo saúde-doença, a partir de percepções da desigualdade, em vez de causas estruturais e materiais (BARATA, 2005).

A perspectiva do curso de vida compreende que o estado de saúde é resultante da trajetória de vida de cada um, a qual é moldada pelas condições materiais de vida, pelos contextos político, social, econômico e tecnológico da sociedade. Há as vertentes materialista e psicossocial, bem como construções que combinam estes aspectos e agregam outros (BARATA, 2005).

A teoria ecossocial articula as perspectivas ecológica e histórica e aproveita elementos de várias abordagens já descritas. A noção-chave é a de incorporação. Explica que o organismo incorpora o social e produz padrões de saúde e doença. As formas de incorporação são consequências dos tipos de sociedade e padrões de reprodução social, ligados aos limites e possibilidades do organismo biológico, os quais são determinados pela evolução histórica da espécie, pela conjuntura ecológica e trajetória individual. Os diversos aspectos da posição social estruturam as vivências e exposições que são acumuladas no dia a dia (BARATA, 2005).

Batistella (2007b) ainda cita outras formulações presentes no debate atual: as que buscam integrar os aspectos sociais e biológicos, como a ecossistêmica e a dos determinantes sociais da saúde, e as construções fundamentadas no paradigma da complexidade, dentre elas a teoria ecossocial, já mencionada. A abordagem ecossistêmica não formula uma definição de saúde, mas propõe um novo enfoque visando aproximar as relações entre saúde e meio ambiente. Critica a perspectiva

antropocêntrica de dominação humana dos espaços ambientais e sua depredação em nome do crescimento econômico. O conteúdo estritamente econômico da concepção de desenvolvimento também é questionado, agregando-lhe a noção de desenvolvimento humano. Aborda a questão do desenvolvimento sustentável a partir dos aspectos sociais, econômicos e ecológicos igualmente valorizados. Sobre o processo saúde-doença, explica:

Do ponto de vista sanitário, o binômio saúde-doença se constitui como um processo coletivo, portanto, é preciso recuperar, nesse coletivo, o “lugar” como o espaço organizado para análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana (GOMEZ; MINAYO, 2006, p. 12).

Prevê a união entre ciência e o “mundo da vida” para lidar com a questão ambiental e da construção da qualidade de vida através do compromisso de diferentes atores, como gestores públicos, privados, sociedade civil e demais segmentos. Tem como pressupostos: a transdisciplinaridade, a participação social e a equidade de gênero. O embasamento teórico remete à teoria dos sistemas complexos (BATISTELA, 2007b; GOMEZ; MINAYO, 2006).

Sobre o modelo conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde serão feitas maiores explanações no decorrer deste trabalho. Entretanto, é relevante informar a existência de diferentes modelos que buscam explicar a relação entre as situações de saúde e as condições de vida a partir dos chamados determinantes sociais da saúde. Os elementos considerados determinantes, a relação entre eles e os estados de saúde também são distintos entre as abordagens.

Buss e Pellegrini (2007) esclarecem que, nas diversas definições existentes, há em comum o entendimento de que as condições de vida e trabalho se relacionam com as situações de saúde. A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS define como “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (p.78). Já a Comissão brasileira, CNDSS, conceitua como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

No que concerne às abordagens fundamentadas em teorias da complexidade, Batistela (2007b) refere que se propõem a integrar os determinantes sociais da

saúde com a precaução de evitar os determinismos. Entre estas abordagens está a proposta assumida por Almeida-Filho e Andrade (2003). Para estes autores, não se pode falar em saúde no singular, mas em “saúdes”, dependendo dos níveis de complexidade e dos planos onde emergem. Apontam que, na definição dos fenômenos saúde-doença, não devem ser entendidos como questão clínica-individual ou biológica subindividual.

Estes autores entendem que a definição dos objetos de conhecimento das disciplinas que compõe o campo da saúde é inadequada, identificando uma disputa de hegemonia por níveis de ancoragem definidores do objeto-saúde-doença. Isto ocorre à medida que cada uma acaba por reduzir as outras disciplinas ao seu objeto e métodos, mostrando-se como única capaz de fornecer explicações e produzir conhecimento científico válido. Para Almeida-Filho e Andrade (2003), essa postura reduz a compreensão do fenômeno. Abordam a necessidade de construir uma nova família de objetos não sujeitos a processos de produção de conhecimentos por meio da fragmentação.

Assim, na construção do objeto saúde-doença, seria preciso uma abordagem totalizadora, que respeite a complexidade dos fenômenos. Para isto, defendem a necessidade de um campo teórico-metodológico transdisciplinar com base na perspectiva da complexidade. Propõem uma sistematização de uma teoria geral da saúde-doença a partir do conceito de holopatogênese, no entorno do qual buscam articular referências epistemológicas e conceitos teórico-metodológicos. Os autores explicam “holopatogênese” como

(...) conjunto de processos de determinação (*genesis*) de doenças e condições relacionadas (*pathos*) tomadas como um todo integral (*holos*), compreendendo todas as facetas, manifestações e expressões de tal objeto complexo de conhecimento (ALMEIDA-FILHO; ANDRADE, 2003, p. 109).

Almeida-Filho e Andrade (2003) reconhecem a existência de ordens hierárquicas de complexidade, onde cada uma traz conceitos construídos em diferentes campos disciplinares. Por esta perspectiva, assumem que a compreensão do fenômeno saúde-doença passa pela integração de duas ordens hierárquicas: a biodemográfica e a sociocultural. Citam dimensões e componentes do objeto saúde-doença: dimensão microestrutural – componentes: molecular ou celular; microsistêmica – metabolismo ou tecido; subindividual (órgão ou sistema de corpo) –

processos fisiopatológicos; clínica individual – casos; epidemiológica – população sob risco; interfaces ambientais – ecossistemas; e simbólica- semiológica e cultural. Estas dimensões e componentes estão em movimento de conexão interativa e cada uma contém elementos das outras, de forma que não é possível a distinção dos efeitos individuais de umas sobre as outras (BATISTELA, 2007b; ALMEIDA-FILHO; ANDRADE, 2003).

Convergindo com a linha desta investigação, Barata (2005) esclarece que as abordagens atuais, embora apresentem certo consenso referente à importância dos aspectos sociais no processo saúde-doença, apresentam divergências em relação à teoria social implícita, ao uso das noções de causalidade e determinação, aos conceitos adotados no direcionamento das pesquisas e aos níveis de análise (individual e coletivo), o que foi evidenciado pela exposição apresentada.

Conforme os referenciais teóricos, diferentes esquemas explicativos são delineados, distintas estruturas de política social são concebidas, determinadas disciplinas e áreas do conhecimento são consideradas ou não relevantes, bem como as formas de relações entre elas são diferenciadas. As formulações sobre saúde e doença trazem visões sociais de mundo e intencionalidades díspares. Estão balizadas pelo desenvolvimento teórico-conceitual e científico historicamente construídos, bem como por referenciais ideológicos a que se filiam.

Para além das práticas cotidianas em saúde, e da produção de conhecimentos, as concepções e seus esquemas explicativos balizam iniciativas político-organizativas em prol de interesses distintos. Fundamentam políticas e arranjos assistenciais prestados historicamente, como será visto adiante na particularidade da trajetória das ações de saúde no Brasil.

Nesse decurso de análise, também fica patente a indissociabilidade entre as ideias, as concepções científicas e o desenvolvimento econômico e social. Neste sentido, destaca-se a relevância de tornar consciente a amplitude de vetores intervenientes na produção desses conhecimentos, mais especificamente, a clareza de que a ciência e seus cientistas são profundamente condicionados pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas, cenário social, político e científico do seu tempo histórico. Pela perspectiva teórica adotada, é pertinente citar uma famosa passagem de Marx sobre esta interdependência, no Prefácio da Contribuição à Crítica da Economia Política:

(...) na produção social da sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. O conjunto destas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser que, inversamente, determina a sua consciência (2008, p. 47).

Observou-se, por exemplo, que no século XIX, momento em que a burguesia se estabelece como classe dominante, a ciência assume uma roupagem de pseudoneutralidade frente aos conflitos sociais, baseada em um método defendido como “o método científico”, único e verdadeiro para o conhecimento da realidade. É como se fosse uma esfera completamente autônoma do mundo social, sem qualquer vinculação.

Sem entrar na seara das limitações metodológicas, a conveniência dessa concepção de ciência ao capitalismo é evidente ao não proporcionar o conhecimento da totalidade concreta, das contradições do capitalismo e dos antagonismos entre as classes. Em síntese: a produção científica reflete o tempo histórico dos sujeitos que a formulam, ou seja, é social e historicamente determinada.

Contemporaneamente, observa-se a proliferação e ampla aceitação das teorias conformadas no campo chamado pós-moderno, entendidas por muitos estudiosos (NETTO, 2012; SIMIONATO, 2009) como expressões da sociedade tardo-burguesa, procedente do restabelecimento do capital no final da década de 1970. Conforme Netto (2012), as transformações societárias emergentes a partir daquele período transbordam o âmbito produtivo e têm implicações na totalidade social.

No tocante às manifestações ídeo-teóricas, os sintomas destas transformações são expressos na emergência destes movimentos, que, conforme Netto (2012), vistos pelo ângulo dos fundamentos teórico-epistemológicos, são funcionais à cultura tardo-capitalista. Tal afirmação reside no fato de romperem com os valores da modernidade e avalizarem as expressões imediatas da ordem estabelecida: imediatividade, descartabilidade, efemeridade, descontinuidade. A análise da realidade centra-se no efêmero, no micro, nos singularismos. Concomitantemente, há o desprezo às metanarrativas. Acabam por desvincular os sujeitos da totalidade social (NETTO, 2012).

Os referenciais teóricos portam concepções, lógicas interpretativas, horizontes civilizatórios, intencionalidades, contextos históricos de emergência, entre outros elementos que os caracterizam. Se isto é verdadeiro, importa a clareza sobre os fundamentos e referenciais utilizados, visto que uma opção teórica não é mera escolha acadêmica; implica e reflete valores, visão social de mundo e posicionamentos políticos.

4 UMA HISTÓRIA DE PROJETOS EM DISPUTA: A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Tratar da relação entre o processo saúde-doença e a RSB, “núcleo duro” desta proposta de investigação, implica conceber o papel estratégico que o primeiro ocupou enquanto princípio científico do referido projeto. Previamente, para entender a constituição do movimento pela RSB e reconhecer sua devida magnitude, é primordial conhecer a trajetória do sistema de saúde na história brasileira, percurso que guarda elementos-chave para a compreensão das atuais inflexões que a área vem sofrendo, bem como as pistas para a afirmação e fortalecimento de uma perspectiva radicalmente democrática traduzida no projeto da RSB.

4.1 BREVE RESGATE DA HISTÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Recorrer à história do sistema de saúde brasileiro também possibilita apreender os contextos onde se desenvolveram as concepções de saúde/doença inerentes aos modelos assistenciais e às políticas de saúde historicamente implementadas, que por sua vez remetem a interesses e projetos de saúde subjacentes. Os distintos projetos de saúde carregam pressupostos políticos e ideológicos divergentes. Os modelos explicativos sobre saúde/doença não estão desvinculados dos processos de produção e reprodução das sociedades.

Quando se busca na literatura a história da saúde pública no Brasil, o marco repousa no final do século XIX e início do século XX. A inexistência de um sistema organizado de assistência à saúde no Brasil colonial é afirmação constante nos autores que estudam o tema. No início deste período, basicamente, as formas de assistência resumiam-se aos saberes populares dos pajés e curandeiros, aos cuidados prestados pelos jesuítas e boticários. A concepção acerca da saúde e da doença estava bastante vinculada à concepção mágico-religiosa.

Conforme Scliar (2003) e Galvão (2007), a ação do Estado era irrisória, restrita às atividades fiscalizatórias do exercício da prática curativa visando o combate ao curandeirismo, exercidas pela Fisicatura, órgão máximo das questões de saúde. Outra linha de ação correspondia às atividades de limpeza, principalmente

nos portos, e fiscalização dos alimentos, que estavam dentre as responsabilidades das Câmaras Municipais. Entretanto, reduziam-se a intervenções pontuais desencadeadas a partir de denúncias. Às Santas Casas de Misericórdia cabia a tarefa de acolher e cuidar dos doentes. Assim se resumiam as ações destinadas à saúde em boa parte do período colonial.

Segundo Galvão (2007), alterações significativas começam a ser visualizadas a partir do final do século XVIII, quando se iniciam as preocupações com a recuperação do estado de saúde dos habitantes, de que são exemplos o hospital militar e o leprosário. Para fins de compreensão contextualizada, é interessante lembrar a obra *Raízes do Brasil*, de Holanda (1995), na qual o autor explica o tipo de colonização deste período, caracterizando-a como exploratória, posto que o território conquistado não constituísse extensão da pátria dos colonizadores. Logo, não é difícil depreender a inexistência de interesse da Coroa em organizar um sistema ordenado de serviços à saúde para a população em geral.

A constituição de um sistema de saúde, propriamente dito, remonta ao início do século XX, quando a economia brasileira, baseada na agroexportação do café, demandava um tipo de atenção em saúde que primasse pelas condições de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e controle de doenças de massa, a fim de evitar prejuízos às atividades de exportação (CHIORO; SCAFF, 2004). Estas passagens históricas auxiliam a compreender e ter clareza acerca das determinações da organização do sistema de saúde, onde se incluem as questões relativas aos interesses econômicos em jogo. Assim, as ações campanhistas, de controle de endemias e saneamento de portos, eram primordiais frente a um quadro de predominância de doenças transmissíveis que poderiam prejudicar as atividades econômicas.

A literatura indica que do final do século XIX até metade dos anos 1960, ainda que em convivência com outros modelos, persistiram ações (de caráter coletivo e campanhistas) características do modelo de estruturação da saúde chamado sanitaria-campanhista. Este modelo baseava-se em campanhas sanitárias de combate a epidemias, através de desinfecção e vacinação obrigatória. Consistia num modelo vertical, fiscalizatório e policialesco, com forte inspiração militar, que cometia arbitrariedades e abusos em nome do controle sanitário. As ações de saúde pública estavam abrigadas no interior do Ministério da Justiça desde o ano de 1923 e somente em 1930 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, no

âmbito do Ministério da Educação (CHIORO; SCAFF, 2004; MATTA; MOROSINI, 2008).

Essa forma de estruturar as ações e serviços de saúde está calcada em uma teoria interpretativa do processo de adoecimento: a teoria dos germes. Corresponde a uma visão monocausal, donde a relação linear entre agente e hospedeiro resulta em adoecimento. A conveniência estabelecida entre tal interpretação e o modo de produção capitalista é flagrante, visto que a estrutura social não está implicada, portanto, eximida de qualquer responsabilidade na conformação da situação de saúde das populações.

A partir da década de 1920, o modelo liberal-privatista (ou médico-assistencial-privatista, ou médico-previdenciário) aparece em cena. É o início da industrialização no país, possível a partir da acumulação capitalista advinda do comércio exterior. Amplia-se o processo de urbanização, utilização da mão de obra de imigrantes, especialmente europeus. A partir das reivindicações do nascente movimento operário, cria-se a necessidade de prestar assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. Assim, em 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a lei Eloy Chaves, a partir da qual foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Surge, no Brasil, o seguro-social e a assistência médica previdenciária sob influência da Medicina Liberal (BRAVO; MATTOS, 2004; MATTA ; MOROSINI, 2008).

Segundo Bravo e Mattos (2004), as CAPs eram organizadas por ramos de atividade, com regramento próprio, destinadas apenas para os trabalhadores urbanos e financiadas com recursos da União, das empresas e dos empregados. Os trabalhadores rurais não foram contemplados devido à pressão da oligarquia rural que não aprovaria a referida lei, já que constituía maioria no Congresso Nacional. A criação das CAPs dependia do poder de pressão dos trabalhadores, o que se exemplifica pelo fato de os ferroviários terem sido os primeiros a constituírem uma CAP (1923), tendo em vista a importância desse segmento na economia e seu poder de mobilização e pressão. As caixas proviam assistência médico-curativa, medicamentos, aposentadoria, assistência por acidente no trabalho, pensão por morte para os dependentes e auxílio funeral.

Na década de 1930, importantes mudanças na saúde ocorrem no bojo de mudanças políticas, econômicas e sociais. No cenário internacional, a crise de 1929 impacta na economia brasileira baseada na agricultura de exportação, dependente do mercado consumidor externo. Com a crise do café e das oligarquias, eclode a

“revolução” de 1930. Tem início um processo de mudanças na estrutura do Estado visando à expansão da economia pela industrialização. Foram criados os Ministérios do Trabalho, o da Indústria e Comércio e o da Educação e Saúde (CHIORO; SCAFF, 2004).

A inclusão do modelo hospitalar deu-se nessa década com a criação de diversos sanatórios que agruparam aos manicômios públicos já existentes. Datam desse mesmo período os Departamentos Estaduais de Saúde, que viriam a ser as secretarias estaduais; e a criação da rede de postos e centros de saúde dos estados destinados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas(CHIORO; SCAFF, 2004).

Com a aceleração no processo de industrialização e urbanização, há o crescimento do proletariado e o Estado passa a responder à questão social através da formulação de políticas sociais. O Estado Novo, instituído em 1937, precisa legitimar-se, mas, ao mesmo tempo, controlar as massas. Para isto, monta grandes instituições assistenciais e previdenciárias a fim de responder às pressões, controlar o potencial mobilizador e buscar legitimação popular para dar prosseguimento ao processo de desenvolvimento capitalista no país.

Ou seja, o Estado precisa administrar a tensão entre as classes, tensão esta que se iniciava devido à exploração capitalista. Assim, no campo da saúde tem-se, pela primeira vez, a elaboração de uma política nacional de saúde, o que denota a atuação do Estado no controle, manutenção e reprodução da força de trabalho. Esta política foi organizada em dois setores: saúde pública e previdenciária (BRAVO; MATOS, 2004).

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública, em 1942, constitui um importante marco na ampliação das ações de saúde pública e progressiva mudança do caráter das ações de saúde. Este serviço foi criado através de um acordo entre Brasil e EUA para estender ações de saúde para regiões de produção de materiais de interesse econômico, mas assoladas por doenças como a malária. Foi o caso da interiorização de ações no norte e nordeste em função do interesse na extração da borracha e do manganês (CHIORO; SCAFF, 2004). Isto é, era preciso garantir condições sanitárias para a expansão da produção das matérias-primas referidas, visto sua importância estratégica aos esforços de guerra dos Estados Unidos na II Guerra Mundial.

A substituição do modelo de desenvolvimento agroexportador pelo industrial e, conseqüentemente, a crescente urbanização, demanda uma atuação em saúde que já não é respondida pelo modelo sanitarista-campanhista, ocorrendo a ampliação progressiva do modelo médico previdenciário a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs - orientados pela redução de gastos), que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (mais abrangente). O acesso à saúde permanece como direito do trabalhador contribuinte da previdência, incluindo seus dependentes. O restante da população ficava a encargo da filantropia.

Nos anos 1950, é ampliada a cobertura dos IAPs e da assistência médica hospitalar devido ao aumento do contingente populacional nas cidades desencadeado pelo acelerado processo de industrialização. Bravo e Mattos (2004) explicam que nesta década a estrutura hospitalar privada já estava montada e embora a corporação médica, ligada a interesses capitalistas, exercesse pressão por financiamento da produção privada através do Estado, a maioria dos serviços era prestada pelos próprios Institutos, sendo que até 1964 eram minoritárias as compras de serviços médicos externamente.

O crescimento da atenção médica previdenciária e o esvaziamento das ações campanhistas determinam a conformação de um novo modelo hegemônico na saúde: o médico-assistencial-privatista. O contexto econômico e social demandava um tipo de assistência voltada à manutenção da força de trabalho. Nas palavras de Mendes: “o importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (1993, p. 21).

Na década de 1960, os benefícios dos IAPs foram uniformizados a partir da Lei Orgânica da Previdência Social; e, em 1966, já na vigência do regime militar, foram unificados, dando origem ao INPS. A criação do Instituto expulsou os trabalhadores da gestão da previdência. De acordo com Bravo e Mattos (2004), o binômio repressão-assistência constituía a política do período compreendido entre 1964 e 1974, buscando conciliar interesses por maior regulação sobre a sociedade, legitimidade popular ao regime e acumulação de capital.

No âmbito acadêmico, o processo de difusão do modelo preventivista nas academias remonta à década de 1960. Consistia num projeto de mudança da prática médica em prol de uma conduta preventivista. O conceito de saúde ecológico, a

história natural da doença e a multicausalidade, cujas características foram discriminadas no capítulo anterior, são introduzidos por esta vertente. Conforme Escorel (1998), esse modelo expandiu-se na América Latina após a Segunda Guerra Mundial, estimulado por organismos internacionais que pretendiam sua incorporação através da criação de Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de Medicina. Isto ocorreu ainda na década de 1950, mas só tornou-se obrigatório após a Reforma Universitária de 1968 e a agregação da disciplina “Medicina Preventiva” ao currículo mínimo.

De forma diferente ao ocorrido nos Estados Unidos, onde consistia numa leitura civil das dificuldades da atenção médica a partir de mudanças no saber, no Brasil o modelo liberal não correspondia à necessidade do Estado de ampliar a assistência a um custo menor. Assim, foi preciso uma leitura estatal, tendo em vista este contexto de forte papel do Estado na prestação da assistência. Sua incorporação no Brasil teve caráter racionalizador da atenção médica a partir da prática, fortemente centralizada no grande empregador, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), legitimando o assalariamento da mão-de-obra médica.

No final da década de 1960, a América Latina constituiu palco de críticas sobre os danos da medicalização da sociedade, bem como da proposta de desmedicalização. Surgem as discussões sobre ampliação da cobertura e melhora da saúde da população rural, processo que terá seu ápice na declaração de Alma-Ata em 1978, cujo lema “Saúde para Todos no Ano 2000” foi proposto por meio da estratégia da atenção primária (ESCOREL, 1998). Ainda naquela década, em 1963, foi criado o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), a partir do qual esta população passou a ter direito aos benefícios que os trabalhadores urbanos já tinham. Entretanto, de forma muito precária.

Datam desse período as experiências de medicina comunitária, que até o início de 1970 estavam em sua maioria vinculadas aos DMPs. Consistia em proposta atrativa aos governos latino-americanos, por ser barata, frente a uma crescente demanda por saúde. Os estudantes mais politizados, por seu turno, interessaram-se pela proposta e passaram a se vincular à população, fazendo consultas e ações educativas, inserindo-se em atividades ligadas às lutas populares. Entre o final da década de 1960 e início da década de 1970, o caráter político da saúde é contraposto à compreensão positivista de ciência universal com suas

características de isenção de valores, a-histórica, empírica. Tarefa encarnada pela abordagem médico-social (GARCIA, 1983 apud ESCOREL, 1998).

Nesta fase, a cobertura amplia-se para a população urbana e, a partir de 1973, estende-se para a rural, trabalhadores autônomos e domésticos. Embora o FUNRURAL date de meados da década de 1960, somente com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) os trabalhadores rurais foram assistidos efetivamente. Com a criação do INPS e a ampliação dos contribuintes, o sistema dispunha de grande volume de recursos financeiros capitalizados e os direcionava para a iniciativa privada.

Assim, ocorre a organização de um sistema orientado pela lucratividade e privilégios para o produtor privado de saúde, com o beneficiamento da prática médica curativa individual, especializada e assistencialista, aliada à criação de um complexo médico-industrial farmacêutico e de equipamentos através da articulação do Estado com o capital internacional. (CHIORO; SCAFF, 2004; BRAVO; MATTOS, 2004).

Na década de 1970, o Brasil encontrava-se na contramão da história, vivendo sob regime militar e privilegiando um modelo setorial na saúde centralizado no empresariamento subsidiado e na construção de custosos hospitais (ALEIXO, 2002). Conforme Polignano (2001), o número de leitos hospitalares privados teve um crescimento em torno de 500% entre os anos 1969 e 1984. Ou seja, a saúde tornava-se mais cara, portanto, cada vez mais excludente. Este período tem especial contribuição para o entendimento de atenção à saúde restrita a ações curativas, medicalizantes, de cunho individual e hospitalar.

A partir de 1974-75, num contexto mundial de crise do capitalismo, o milagre econômico da ditadura esgota-se. O modelo de saúde também entra em crise, visto que o sistema previdenciário já não suportava os crescentes custos da medicina curativa e hospitalar. Com o desemprego, cresce o número de pessoas à margem do sistema, ao passo que persistiam problemas de saúde que o modelo previdenciário foi incapaz de solucionar (CHIORO; SCAFF, 2004).

Ainda na década de 1970, emerge um movimento que, em plena ditadura militar, defende a democratização no setor saúde, empunhando as bandeiras da universalidade, da descentralização e do controle social. O combate à mercantilização da saúde, a compreensão da determinação social da doença, o entendimento de saúde enquanto resultante das condições de vida e a crítica à

concepção de saúde restrita ao aspecto biológico e individual, também fazem parte das ideias deste movimento social, que se convencionou chamar Movimento de Reforma Sanitária. O movimento foi decisivo na conquista pelo direito à saúde, formalizado na Constituição Federal de 1988.

Escorel (1998), em sua dissertação de mestrado sobre a origem e a articulação do movimento sanitário, afirma que a formação das bases universitárias do movimento data da década de 1960, época em que a OPAS estimulou a aplicação das ciências sociais na saúde na América Latina. Desta forma, entre as décadas de 1960-1970, a base teórica e ideológica do pensamento médico-social se constitui, inaugurando o campo da saúde coletiva. As críticas ao fundamento filosófico da Medicina Preventiva, o positivismo, ocorrem no interior das próprias escolas de Medicina Preventiva, onde se constrói a abordagem marxista do campo da saúde através da prática política.

Em muitos DEMPs, a constatação da insuficiência do ideário preventivista, fundado na sociologia funcionalista, para análise e transformação da realidade, leva à construção de uma teoria social da saúde através da abordagem histórico-estrutural da sociedade e do materialismo histórico e dialético marxista, “que travou uma luta teórica com as duas outras escolas de pensamento: a preventivista liberal e a racionalizadora técnica” (ESCOREL, p. 25, 1998). A partir da perspectiva marxista e abordando as condições e problemas de saúde, o novo enfoque critica o objeto da medicina individual, o modelo tradicional de formação médica, restrito aos campos biológicos, bem como o formato de formação de sanitaristas com incorporação das ciências sociais de orientação funcionalista. O modelo da história natural da doença e da multicausalidade perdem espaço para o conceito construído no seio da nova perspectiva: o da determinação.

Conforme Escorel (1998), antes do início da metade da década de 1970 o campo da saúde coletiva já contava com três abordagens estruturadas, cada qual com sua correspondente corrente de pensamento: o preventivismo, o modelo racionalizador e a abordagem médico-social. Para diferenciá-las, cita como cada uma conceituava o social: para o pensamento preventivista, como um aglomerado de características pessoais (educação, renda, etc.), tendo os centros de saúde como espaço de práticas; para a perspectiva racionalizadora (embasada na relação custo-benefício), o social significava um coletivo de indivíduos e as práticas se davam nos

moldes da medicina comunitária; já para o enfoque médico-social, como “campo estruturado de práticas sociais” (SCOREL, p.28, 1998).

O ano de 1975 é considerado um marco para o início da teoria social da medicina no Brasil, visto que nessa época ocorrem as defesas de duas teses: “O Dilema Preventivista”, de Sérgio Arouca, e “Medicina e Sociedade”, de Cecília Donnangelo. Segundo Escorel (1998), as críticas ao setor saúde vinham das universidades, mais especificamente do interior dos Departamentos de Medicina Preventiva, visto que não existiam críticos ocupando cargos no interior do sistema, salvo algumas exceções que enfrentavam forte repressão do Serviço Nacional de Informações.

Esse enfoque rompeu com as bases da sociologia funcionalista e teve influência da medicina social inglesa, do estruturalismo francês e da sociologia política italiana. A historicidade do processo saúde-doença, a determinação social da doença, o processo de trabalho vinculado à consciência sanitária e a uma prática política voltada para a transformação social, os questionamentos acerca do poder médico e da medicalização faziam parte do repertório presente na produção teórica desse enfoque, que, posteriormente, veio a constituir uma nova teoria. O mesmo disputou hegemonia dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva. Essa construção teórica imprimiu mudanças significativas, como uma maior incorporação das ciências sociais no ensino e nas práticas em saúde (SCOREL, 1998).

Escorel (1998) aponta o referencial teórico adotado como responsável pela prática política desse movimento, tendo em vista o mesmo não ocultar o caráter político da área. Assim, tem início a organização do movimento sanitário em suas bases universitárias, que passam a ter no campo das políticas públicas área excepcional de atuação; e, ao engajarem-se em lutas maiores, como a democratização do país e o fortalecimento da sociedade civil, acabam por ultrapassar o objeto saúde. Quando se pensa no parco investimento ao caráter político da área da saúde a partir dos anos 1990 e se remonta a esse período histórico relatado, fica evidente a importância de um potente e crítico referencial teórico para a área.

4.2 UM PROJETO DEMOCRÁTICO PARA A SAÚDE: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Paim (2008), em sua tese de doutorado, estudou a Reforma Sanitária Brasileira, enquanto fenômeno histórico e social, analisando-o como ideia, proposta, projeto e processo. Partindo da construção da ideia, localiza sua origem na década de 1970, momento de ressurgimento de movimentos sociais de estudantes, de profissionais de saúde, de populares e de intelectuais. Também é o período de emergência de uma nova prática teórica aliada a uma prática política, que conformam o início da Saúde Coletiva. No campo da saúde, os movimentos debruçavam-se sobre a questão da democratização da sociedade e da saúde. Posteriormente, muitos destes vão convergir e conformar um movimento que reivindicava mudanças na saúde no sentido de sua democratização: o movimento de Reforma Sanitária.

Desta mobilização nasceu o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976. O CEBES constituiu o que Paim (2008) chamou de braço político do movimento, atuando por meio de publicações, promovendo reuniões e eventos que reuniam pessoas que compartilhavam com os ideais de sociedade democrática e saúde para todos. “Nessas iniciativas constata-se a configuração de um conjunto de elementos que, posteriormente, vão constituir a *ideia* da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas” (PAIM, 2008, p. 80). Acerca da expressão “Reforma Sanitária”, o mesmo autor identifica seu aparecimento em três trechos do editorial da revista Saúde em Debate - número 3, que tratava das tarefas do CEBES (PAIM, 2008). Alguns anos depois, adotou-se de vez o termo Reforma Sanitária.

O que existia enquanto ideia, acerca da necessidade de reforma, passa a se constituir em proposta com conteúdos concretos nesse período histórico. Um importante evento pode ser considerado como marco dessa proposta: o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, ocasião na qual o CEBES apresentou o documento intitulado “A questão democrática da saúde”, no qual se fala pela primeira vez da proposição do SUS (PAIM, 2008, p. 81 - 82). “A história do CEBES e sua vinculação orgânica à Reforma Sanitária Brasileira ilustram o ciclo no qual uma *ideia* pode desencadear *movimento* capaz de apresentar *proposta* que se torna *processo*” (PAIM, 2008, p. 82). Outro importante incremento no desenvolvimento do movimento foi a criação da

Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que teve papel fundamental na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. (PAIM, 2008).

Forjado em um período de transição democrática, questionando o autoritarismo e criticando o modelo de saúde (medicalizado, de baixa efetividade e alto custo financeiro), o movimento pela reforma sanitária não se detinha à reivindicação de mudanças apenas na política de saúde, mas, sim, tinha em sua ideia original a proposta de uma reforma social mais ampla, em busca da democratização da sociedade (PAIM, 2008; COHN, 2009). Paim (2008) parte da tese de que a Reforma Sanitária Brasileira seria “um projeto de reforma social concebida originalmente como reforma geral visando a revolução do modo de vida” (p. 38). Entretanto, entende que o desfecho foi de uma reforma parcial tendo em vista as condições concretas de sua implantação.

Na década de 1980, o país vive uma profunda crise econômica e, ao mesmo tempo, uma efervescência social em torno da democratização política. A mobilização social de diversos setores converge para a defesa do direito à saúde e de uma sociedade democrática. A saúde passa a ser objeto de discussão política e não território de decisões meramente técnicas.

Com a redemocratização foi possível a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a primeira com ampla participação da sociedade e com protagonismo de trabalhadores de saúde e setores populares. No documento “Pelo direito universal à saúde: contribuição da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde”, base estratégica para subsidiar as discussões na conferência, fica explicitado que a saúde deveria ser vista como fruto de um conjunto de condições de vida e ultrapassa o setor saúde (PAIM, 2008).

Os eixos da Conferência retratam o teor das discussões empreendidas. São eles: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde (BRASIL, 1986). Durante a Conferência, um encarte que circulava contendo propostas da ABRASCO para a Conferência, tinha por título a frase “Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado”, trecho posteriormente incorporado no artigo 196 da Constituição Federal. Conforme Paim (2008), após ser legitimado e sistematizado na conferência, o projeto da Reforma Sanitária Brasileira foi formalizado na Assembleia Constituinte.

Com a aprovação da Constituição Brasileira de 1988 garantiu-se um rol de direitos nunca antes assegurados na história do Brasil. O padrão de política social assentado na concepção de Seguridade Social rompe com os tradicionais padrões do seguro social e assistencialista até então praticados. Paradoxalmente, a tendência no contexto mundial é de minimização dos Estados, disseminação do neoliberalismo, retração das conquistas sociais. Assim, na década de noventa, quando o Sistema Único de Saúde vai institucionalizar-se, está configurada uma verdadeira arena entre projetos em disputa - o neoliberal, com forte apelo ideológico, pregando contenção de gastos nas políticas sociais, privatizações e recuo do Estado na esfera social; e o da Reforma Sanitária, defendendo a democratização, a universalização, o controle social.

4.2.1 O Difícil Caminho do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)

Na década de 1990, o Sistema Único de Saúde passa à sua fase de institucionalização. As dificuldades encontradas nesse período e que se estenderão pelos anos 2000 estão relacionadas à implementação de reformas de matriz neoliberal, que reconfigurarão o papel do Estado, no sentido de seu encolhimento na área social. O ideário neoliberal faz parte das estratégias elaboradas pelo capital frente à crise econômica deflagrada na década de 1970, as quais modificaram a cena econômica, social, política e cultural em escala mundial.

É indispensável a apreensão destas transformações globais para compreender a particularidade em questão. O padrão de acumulação capitalista mudou de um modelo rígido para flexível, alterando o processo produtivo, o processo de trabalho, os mecanismos de controle e organização do trabalho, os direitos sociais e trabalhistas, o mercado de trabalho, a cultura, etc. Tal mudança foi possível devido ao salto tecnológico que propiciou a emergência de outros modelos de produção.

O modelo baseado na produção fordista, com organização do trabalho taylorista, foi perdendo espaço para modelos de produção flexíveis, como o toyotismo japonês. Este se caracteriza por organizar o trabalho e a produção de forma a responder imediatamente à demanda, não operando com estoques, a fim de estar preparado para as alterações do mercado. Neste, onde a proporção era de um

homem por máquina, passou a ser de um para cinco (ANTUNES, 1996). A flexibilização diz respeito às formas de contratação da força de trabalho, criando a subproletarização através dos trabalhos precários, parciais, temporários. Com isto, os direitos sociais também são flexibilizados.

O perfil do trabalhador também se altera: exige-se uma mão de obra altamente qualificada e polivalente, deixando à margem do mercado de trabalho formal e protegido uma gigantesca massa de trabalhadores que não atendem a esses requisitos e passam a experimentar a insegurança social. De acordo com Netto (1996) e Antunes (1996), os que mantiveram seus postos foram submetidos a rebaixamento de salários e de padrão de vida.

Tais mudanças impactaram na organização para resistência dos trabalhadores, com a destruição da unidade de classe, heterogeneização da classe trabalhadora, fragmentação de interesses – isto é, ausência do reconhecimento enquanto classe -, enfraquecimento do poder de pressão e barganha dos sindicatos. Nesta esteira, o fim dos regimes tidos erroneamente como “socialistas” do leste europeu representou, para muitos, política e ideologicamente, o fim da alternativa socialista. O enfraquecimento do pensamento da esquerda e, paralelamente, a crescente articulação global dos representantes do grande capital – conformando uma oligarquia financeira global –, com crescente atuação político-econômica, incrementaram a construção da hegemonia capitalista no mundo (ANTUNES, 1996; NETTO, 1996; PEREIRA, 2001).

Segundo Ianni (2002), no século XX o alcance mundial do capitalismo desenvolveu-se de maneira aberta e com novas características após a Segunda Guerra Mundial, “quando a emergência de estruturas mundiais de poder, decisão e influência anunciam a redefinição e o declínio do Estado-Nação”, que, em vez de priorizar o bem-estar, passa a primar pela adequação das economias nacionais às requisições da economia mundial, diferentemente do período situado em meados do século XX, onde ocupava a posição de grande agente regulador e mediador das relações entre capital e trabalho, bem como no garante de direitos de cidadania, especialmente os sociais (PEREIRA, 2001).

No plano ídeo-cultural, as mudanças percebem-se pela emergência de movimentos pós-modernos. Esse pensamento caracteriza-se pela negação das metanarrativas, por não acreditar nas grandes oposições (políticas, sociais, filosóficas, etc.), pelo abandono das categorias totalidade e essência, pela ênfase

nos processos micro do cotidiano superdimensionado, pela dicotomização entre objetivo/subjetivo (NETTO, 1996; 2012; SIMIONATTO, 2009). Incorre, assim, numa forma fragmentária de compreender o mundo, num imediatismo que se alia a descartabilidade e num subjetivismo que potencializa o individualismo.

A partir de 1989, e alastrando-se pelas décadas de 1990 e 2000, o Brasil se insere no contexto de ajustamento à nova ordem mundial adotando as orientações de reformas estruturais e políticas de ajuste prescritas por agências internacionais como Banco Mundial e FMI, a partir da ótica neoliberal ditada pelo Consenso de Washington. Neste contexto mundial de defesa da retração do Estado na área social, ampliação do mercado e da iniciativa privada, os direitos inscritos na Constituição Federal de 1988 foram alvo de questionamento e desmonte, justificados pelo discurso de redução de custos e por argumentos ideológicos sobre a ineficiência estatal, promovendo uma verdadeira satanização do Estado.

No cenário mundial, a globalização é posta como fato irreversível, sendo colocada aos Estados nacionais a tarefa de inserirem-se na nova ordem mundial. (COSTA, 2006). A condição para tal inserção e para o crescimento econômico dos países passa por reformas nos Estados nacionais, nos moldes estimulados pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), cujo conteúdo pode ser assim resumido: políticas de maior liberdade ao capital, desregulamentação do mercado de trabalho, amplo programa de privatizações, cortes de gastos com benefícios sociais (COSTA, 2006).

Na América Latina, os ajustes e reformas preconizados pelo receituário neoliberal começam a ganhar concretude no final dos anos 1980 e vão se desenrolar ao longo da década de 1990, na maioria dos países, já que no Chile, por exemplo, ocorre ainda na década de 1970 (SOARES, 2000). No Brasil, as reformas de cunho neoliberal ocorrem tardiamente em relação a outros países. Iniciam com o governo de Fernando Collor de Mello e se aprofundam no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

A influência neoliberal é bastante evidente na reformulação do papel do Estado promovida no governo FHC. No documento “Plano Diretor da Reforma do Estado”, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, então ocupado pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, o governo FHC defende que a crise financeira do Estado se deve ao esgotamento do modelo desenvolvimentista adotado por governos anteriores e que a retomada do

crescimento econômico e melhoria na situação social dependem de reformas no aparelho do Estado (COSTA, 2006). Propôs, então, uma administração gerencial em substituição à administração pública, visto que, em sua análise, esta última era responsável pela crise fiscal.

Produtividade, eficiência, redução de custos, são termos constantes na pauta da agenda de modernização do Estado. Conforme Costa (2006), o governo FHC tratou da reforma como assunto técnico, administrativo, desvinculada da política econômica e esvaziada de conteúdo político (p. 165). Com o discurso de excesso de Estado e da necessidade de promover a sua modernização, redefine o seu papel como promotor e regulador, devendo criar as condições para o crescimento econômico, pois, assim, haveria o desenvolvimento social. Ou seja, não sendo o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social.

No plano do governo, aquilo que poderia ser controlado pelo mercado deveria ser transferido à iniciativa privada, daí a ampla política de privatização de empresas estatais; a execução de serviços que não envolvam o exercício do poder do Estado deveria ser descentralizada para um setor chamado público não estatal, mas com subsídio estatal, como é o caso da educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Desta forma, o Estado não teria o papel de atuar diretamente na área social, transferindo a responsabilidade para a sociedade civil. Conforme Soares (2001a),

Os postulados neoliberais na área social são basicamente os seguintes: o bem - estar social pertence ao âmbito do privado (suas fontes "naturais" são a família, a comunidade e os serviços privados). Dessa forma, o Estado só deve intervir quando surge a necessidade de aliviar a pobreza absoluta e de produzir os serviços que o setor privado não pode ou não quer fazê-lo. Propondo, portanto um Estado de beneficência pública ou assistencialista, no lugar de um Estado de Bem-Estar Social. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los por meio da ação estatal, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais são abolidos no ideário neoliberal (p. 44).

De acordo com as análises de Bravo e Mattos (2004) e Soares (2001b), a hegemonia neoliberal na área da saúde é verificada pela contenção de gastos (pelo subfinanciamento do sistema), acarretando em assistência mínima destinada aos que não podem pagar, num claro rompimento com o princípio da universalidade; o beneficiamento da iniciativa privada através da criação de demanda para o setor (composta pelos cidadãos que podem pagar), além de financiamento direto e indireto por meio de subsídios e isenções fiscais. A responsabilidade pela saúde é

direcionada às pessoas e famílias, sendo abandonada a concepção acerca do papel do Estado nas condições de vida e saúde da população.

Observou-se a ampliação do acesso à atenção básica, ao passo que os níveis secundário e terciário foram racionalizados e mercantilizados; adiciona-se a isto a terceirização no setor através da contratação de prestadores privados para serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico, além da precarização dos vínculos de trabalho no setor público (BRAVO; MATTOS, 2004; MENDES et al, 2011; RIZZOTO, 2011). Constatam-se tendências à focalização e privatização da política de saúde, descaracterizando a proposta do SUS e do projeto da RSB.

A partir do governo Lula (2002), constata-se um movimento de reconstituição do Estado e aumento de investimentos, especialmente nas áreas da educação e dos programas de transferência de renda. Entretanto, ainda é forte a agenda da estabilidade fiscal e as políticas sociais ainda estão subordinadas à política macroeconômica, com prejuízos na área social. Na saúde, ainda que haja pontos de convergência com o projeto da Reforma Sanitária, permanecem as lógicas da focalização e da privatização.

A universalização foi - e permanece sendo - trabalhada com ampliação da atenção básica, mantendo o predomínio da iniciativa privada nos serviços de média e alta complexidade, logo, focalizando serviços primários aos mais pobres. A lógica da privatização está presente nas isenções fiscais dos contribuintes individuais, das empresas que contratam planos de saúde para os funcionários e das entidades filantrópicas; também, por meio das propostas de prestação de serviços por Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil Pública (OSCIPs), e gestão, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Assim, a reatualização do projeto privatista se expressa pela tendência de vinculação da saúde ao mercado, pela responsabilização individual e familiar pelo bem-estar, refilantropização dos serviços, desrespeito e descumprimento dos dispositivos legais e constitucionais, dos princípios da universalidade, da equidade na alocação de recursos, da integralidade da assistência com a priorização da assistência médico-hospitalar (BRAVO; MATTOS, 2004; BRAVO; MENEZES, 2011).

Sumariamente, essa retrospectiva mostra o beneficiamento do projeto neoliberal no período de institucionalização do SUS, e os tempos atuais denotam o fortalecimento do projeto de saúde vinculado aos interesses privados, que se tornou hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO; MATTOS, 2004).

Ainda, Mendes et al (2011) alertam sobre a importância de se ter clareza sobre a presença da disputa entre estes dois projetos em toda a trajetória da saúde brasileira para que se perceba os movimentos e as mudanças na área. Frente a esse quadro, a busca pela construção da hegemonia do Projeto da Reforma Sanitária é atual e necessária. Passa pela defesa e fortalecimento de um sistema de saúde verdadeiramente único, público, estatal e universal e caminha na direção do aprofundamento da democracia rumo a outra sociabilidade, com prospecção socialista.

5 O REVIGORAMENTO DO SOCIAL NA SAÚDE: O ENFOQUE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Discutir o tema da determinação social da saúde implica tratar das relações entre saúde e sociedade. Esta articulação é estudada por diversos autores que situam seus pressupostos desde o século XIX, como se viu nos capítulos precedentes. Rosen, citado por Barata (2009b), aponta alguns trabalhos clássicos que relacionavam as condições de vida e de saúde já naquele século. Entretanto, devido ao avanço da bacteriologia e a hegemonia da vertente biologicista nas ciências da saúde, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, o enfoque biomédico teve maior peso na configuração inicial da saúde pública. Ainda assim, o século XX foi atravessado por tensões entre as diversas abordagens (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.80).

A concepção da determinação social da saúde é considerada o fundamento científico da Reforma Sanitária Brasileira (FLEURY, 2009b), mas sua proeminência cedeu espaço para outras matérias de discussão nas décadas de estruturação do SUS. Com a criação da CDSS / OMS, seguida de sua congênere brasileira, CNDSS, o tema retornou à pauta da agenda da saúde coletiva brasileira. Este capítulo faz uma contextualização sobre a relevância conferida ao aspecto social na saúde em momentos de um passado recente. Em seguida, apresentam-se as duas perspectivas em estudo: a teoria da determinação social do processo saúde-doença e proposta dos determinantes sociais da saúde.

5.1 O SOCIAL E A SAÚDE EM RETROSPECTIVA RECENTE

Um dos acontecimentos decisivos na discussão sobre determinantes da saúde aconteceu em 1974, em Ottawa, quando o então Ministro da Saúde, Marc Lalonde, apresentou o informe “Novas Perspectivas de Saúde dos Canadenses”, conhecido como relatório Lalonde. Este informe abordava mudanças no sistema de saúde canadense, questionando a exclusividade do paradigma biomédico na resolução dos problemas de saúde. Embora não contenha as expressões “determinantes sociais de saúde” ou “determinação social da saúde” de forma

explícita e não tenha avançado nesta questão, é considerado um marco na introdução do tema, tendo ampla repercussão na saúde pública (SCHÜTZ; TAMBELLINI, 2009; WESTPHAL, 2007).

Outro evento importante para este tema e para a promoção à saúde – propostas intimamente relacionadas – foi a Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978 com o lema “Saúde para Todos no ano 2000”. A saúde foi reconhecida “como um direito a ser afirmado não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas, também, por um trabalho de cooperação com outros setores da sociedade” (WESTPHAL, 2007). Nesta conferência, é dada grande ênfase à questão das iniquidades em saúde e suas determinações econômicas e sociais, sendo proposta a atenção primária como foco das ações.

A América Latina passa a se deter nas questões relativas ao social na saúde apenas na década de 1970. Nesta mesma década, no Brasil, o conceito é difundido com a emergência do campo da Saúde Coletiva, bem como no âmbito dos fundamentos teóricos do Movimento de Reforma Sanitária. A Saúde Coletiva é definida como campo de produção de conhecimentos e práticas em saúde composta por diferentes áreas de saber. Sua inauguração pode ser localizada com a produção acadêmica da década de 1970, tendo como principais expoentes intelectuais Sérgio Arouca (*O Dilema Preventivista*, 1975) e Cecília Donnangelo (*Medicina e Sociedade*, 1975), cuja produção engajava-se na discussão e crítica ao modelo assistencial hegemônico então vigente, calcado numa visão de saúde biologicista e numa prática médica mercantil.

O conceito de determinação social da saúde ou produção social da saúde e das práticas constituiu um dos principais pilares teóricos do pensamento crítico que fundou a saúde coletiva. Este campo nasce congregando atores que constataram a lógica capitalista na medicina e uniam-se contra o Estado autoritário e o modelo excludente e discriminatório. Levantando a questão da responsabilidade do Estado e contestando a medicina clínica de enfoque biologicista e abordagem médico-curativista, as práticas que não consideravam os determinantes estruturais e a sociedade capitalista com sua lógica de transformação da saúde em objeto de lucro, constituiu um campo responsável pela formação de muitos pensadores protagonistas do movimento de Reforma Sanitária (NUNES, 1989).

A concepção da determinação social aparece no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, no texto constitucional de 1988 e nas legislações

subsequentes, como fruto da produção teórica da Saúde Coletiva (PAIM, 2008). No entanto, na década de 1980, com o avanço da orientação neoliberal – e a saúde tida como um bem privado -, a concepção de saúde centrada na atenção médica ganha espaço novamente. O tema da determinação social do processo saúde-doença, fundamental ao pensamento da Reforma Sanitária, também sofreu de investimentos teóricos, ao passo que ênfase passou a recair em questões relacionadas às práticas em saúde, modelos tecnoassistenciais, dentre outros assuntos. Somente na década seguinte o tema da determinação social da saúde retorna à cena, agora sob o enfoque dos determinantes sociais da saúde.

Em março de 2005, a Organização Mundial da Saúde cria a Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS); e nesta trilha o Brasil ganha destaque no enfrentamento da discussão ao criar, em 2006, a sua Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Conjuntamente, foi constituído um grupo de trabalho com integrantes de diferentes ministérios e com a participação dos Conselhos Nacionais e Municipais de Secretários de Saúde (CONASS e CONASEMS) (BUSS; PELLEGRINI, 2007). A comissão brasileira sobre determinantes sociais foi constituída por 16 personalidades da vida social, cultural, científica e empresarial e teve como principais objetivos a produção de conhecimentos e informação sobre os Determinantes Sociais da Saúde no Brasil, apoiar o desenvolvimento de políticas e programas que enfrentem a questão dos determinantes sociais e as iniquidades em saúde, e a promoção de atividades de mobilização da sociedade.

Após estudar diferentes modelos desenvolvidos por epidemiologistas europeus, a CNDSS adotou como modelo conceitual a proposta de Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008), que esquematiza diversas camadas de determinantes sociais da saúde. São elas: componentes individuais, como idade, sexo, fatores genéticos; comportamentos e estilos de vida; redes comunitárias e de apoio; condições de vida e de trabalho; condições econômicas, culturais e ambientais, incluindo determinantes supranacionais como a globalização (CNDSS, 2008). O trabalho da comissão culminou com a publicação do relatório “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, em 2008, que traz análises da situação dos Determinantes Sociais da Saúde e faz recomendações de políticas e programas. Nesta publicação, a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda e a justiça social são reconhecidas como requisitos fundamentais para a saúde.

Dowbor (2008) aponta para a existência de vinte e dois determinantes sociais da saúde, interseccionados entre si, na literatura sobre o tema. Os mais frequentes são: saneamento, inclusão social, transporte, segurança, modelos de atenção à saúde, habitação, alimentação, autoestima, drogadição, lazer, emprego, educação, paz, renda, stress, primeiros anos de vida, rede de suporte social, distribuição de renda, ambiente de trabalho, justiça social/equidade, recursos sustentáveis e ecossistema saudável. A autora, ao estudar este modelo, pontua que não há um entendimento unívoco sobre os DSS, mas sim diferentes formas de pensar a relação entre estes, a saúde e as práticas no setor.

Alerta, portanto, para a necessidade de explicitação do conceito de saúde subjacente ao uso do termo Determinantes Sociais da Saúde. Afirma que o conceito de saúde é polêmico e cita cinco conceituações: ausência de doença, produto holístico, recurso holístico, produto holístico e recurso para a vida, direito humano. Neste mesmo estudo, identifica que para cada definição correspondem distintas implicações na abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde, que vão desde entendimentos que apenas vinculam à doença até concepções mais amplas (DOWBOR, 2008).

Considerando que esta discussão abarca mais do que debate conceitual, mas, antes sim, as relações entre saúde e estrutura social, sua retomada constitui uma profícua possibilidade de reacender debates que levem em conta a noção de totalidade, relegada ao esquecimento na produção recente da saúde coletiva. Analisando abordagens teóricas sobre um dos fundamentos de grande relevância para RSB, ou seja, a determinação social da saúde, impõe-se apreender seus fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos, identificando a que racionalidades respondem e suas potencialidades no que concerne ao fortalecimento da RSB que se almeja.

Atores sociais filiados ao atual movimento pelos DSS reivindicam a importância desse tema para a RSB, embora seja de amplo conhecimento que o referencial daquele movimento repousa na teoria da determinação social da saúde. Sabendo-se da existência de diferenças entre ambos, as questões supra referidas remetem ao estudo dos mesmos, visto a importância dos referenciais teóricos que fundamentam a ação, os quais impregnados de potência revolucionária ou conservadora.

5.1.1 A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença

Para melhor compreensão das teorias investigadas fez-se imprescindível a apreensão dos contextos nos quais foram produzidas, o que também constitui condição *sine qua non* para um estudo fidedigno. No mesmo sentido, também é importante conhecer informações e características sobre a autoria das obras. Ou seja, é necessário identificar o período histórico, a conjuntura sócio-econômico-política, bem como informações sobre os autores. As distintas abordagens estudadas sobre a determinação social da saúde foram produzidas em períodos históricos e contextos diferentes. Seus autores também guardam características particulares, fazem parte e representam segmentos da sociedade com objetivos e interesses próprios. Constituem expoentes representativos e vinculados a escolas de pensamento e posicionamentos/engajamentos políticos.

O conceito da determinação social do processo saúde-doença foi objeto de investigação teórica na América Latina desde a década de 1970. São considerados trabalhos pioneiros dentro dessa perspectiva as publicações de estudiosos como Jaime Breilh e Edmundo Granda, no Equador; Asa Cristina Laurell, no México; e Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca, no Brasil. Entretanto, o aprofundamento dos estudos sobre este tema foi desenvolvido por Breilh e Granda (1989), Breilh (1991) e Laurell (1983) nos anos subsequentes. A crítica à epidemiologia tradicional, entendida enquanto argumento científico a serviço da ordem capitalista, é comum nas construções abrigadas nessa vertente, conhecida como epidemiologia crítica latino-americana, em contraposição à epidemiologia funcionalista norte-americana.

O livro “Epidemiologia: economia, política e saúde”, de Jaime Breilh, originou-se de sua dissertação de mestrado em Medicina Social, no ano de 1976, a qual tinha como título “Crítica a La Concepción Ecológico-Funcionalista de La Epidemiologia”. Foi publicado pela primeira vez em 1979 com o título “Epidemiologia: Economía, Medicina y Política”. O autor é um dos precursores do movimento crítico latino-americano de medicina social, que tem sua correspondência no Brasil sob o nome Saúde Coletiva. Tecendo críticas à epidemiologia tradicional, baseada no positivismo, propõe um novo método, ancorado no materialismo histórico e dialético.

A obra “Investigação da Saúde na Sociedade: guia prático sobre um novo enfoque do método epidemiológico”, de Jaime Breilh e Edmundo Granda (1989), tem um caráter eminentemente pedagógico, propondo-se a ensinar a construção de

investigações a partir do método proposto. Está organizado em seis capítulos, nos quais (exceto os dois últimos) constam os objetivos da unidade, notas teórico-metodológicas, exemplos práticos de investigações epidemiológicas realizadas sob os diferentes métodos, exercícios metodológicos e guia de perguntas. É bastante esquemático e com linguagem acessível, visto que foi elaborado para atingir iniciantes na investigação epidemiológica.

Para quem leu “Epidemiologia, economia, política e saúde”, de Jaime Breilh (1991), o segundo livro parece ser uma continuidade, porém, mostrando a possibilidade ou a viabilidade de aplicação prática da metodologia defendida pelos autores. A edição brasileira foi publicada em 1989 pelo Instituto de Saúde, inaugurando a Biblioteca de Medicina Social Cecília Donnângelo. Foi posterior ao trabalho de conclusão da Maestria de Medicina Social do autor, intitulado “Epidemiologia: economia, medicina y política”. O instituto publicou-o por trazer de forma sucinta os conceitos trabalhados no primeiro e apresentar passos para as investigações realizadas sob esse novo enfoque do método epidemiológico.

Jaime Breilh é uma das referências de um grupo equatoriano ligado ao Centro de Estudos e Assessoria em Saúde (CEAS) que vinha trabalhando na construção de uma nova epidemiologia, contra-hegemônica, criticando a tradicional, construindo uma teoria e uma metodologia científicas com forte apelo ideológico, correspondente com a visão de mundo do grupo latino-americano. Esse grupo nasceu durante a década de 70, momento de experiências políticas e técnicas dos coletivos que atuavam no campo da saúde na América Latina e que produziram materiais que questionavam os tradicionais marcos conceituais e metodológicos e os redefiniram.

Informados pelo materialismo histórico e dialético, passaram a analisar o biológico e o social enquanto unidade. Os grupos, a partir dessa década, passam a produzir de forma comprometida com a transformação da realidade social. O grupo ao qual Jaime Breilh pertence passou a se debruçar sobre o processo saúde-doença a partir de uma leitura crítica (BREILH; GRANDA, 1983; BREILH, 1991).

O texto de Asa Cristina Laurell (1983), “A Saúde-Doença como Processo Social”, também constitui leitura obrigatória para os que estudam o tema. Discute a primazia do social sobre o biológico no processo saúde-doença. A autora é Professora da Universidade Autônoma do México (UAM) e em sua trajetória debruçou-se sobre a relação saúde e trabalho. As contribuições são consideradas

as de maior relevância no assunto, visto que romperam com o biologicismo e deram visibilidade ao caráter social do processo saúde-doença.

Nesta abordagem, a interpretação do processo saúde-doença se dá articulada aos processos gerais da sociedade e sua relação recíproca com processos particulares. Há o reconhecimento de distintas dimensões que compõem o real, sujeitas às suas leis, porém não separadas, mas dialeticamente relacionadas. Os estudos epidemiológicos dessa corrente contemplam em sua análise as dimensões do geral, do particular e do singular, explicadas por Breilh e Granda (1983) na seguinte passagem:

(...) a) Existe uma **dimensão estrutural**, formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações sociais que operam no contexto onde apareceu um dado problema epidemiológico. O estudo deste tipo de processos explica ao epidemiólogo quais as tendências sociais mais importantes e as formas principais da organização coletiva; b) existe uma **dimensão particular** formada pelos processos ditos de reprodução social, isto é, aqueles relativos à forma específica de produzir e consumir de cada grupo socioeconômico. A investigação desses processos serve ao epidemiólogo como elemento interpretativo de enlace entre os fatos e mudanças estruturais e suas consequências individuais de saúde-doença; constitui assim um nível intermediário do estudo que explica o padrão de vida do grupo como base para explicar achados empíricos de doença ou saúde nos indivíduos que o compõe; c) existe uma **dimensão individual**, formada pelos processos que, em última instância levam a adoecer ou morrer ou que, ao contrário, sustentam a normalidade e o desenvolvimento somáticos e psíquicos. As medidas e análises que o epidemiólogo realiza em séries de indivíduos classificados como sadios e doentes constituem a informação, no nível do concreto-empírico, utilizada na comparação com as inferências e predições estabelecidas com base nos dois níveis anteriores do estudo (p. 40).

Além da explicação das dimensões, aborda a existência de leis e níveis de determinação, onde os mais complexos delimitam os de menor complexidade. A determinação dialética da totalidade constitui a de maior complexidade e refere-se aos processos gerais. Esta determinação atua no sentido de impor limites, delimitar o espaço para as demais determinações de menor complexidade. O estudo destas dimensões demanda o reconhecimento das principais leis que atuam na determinação dos processos relativos à saúde-doença. Ressalta-se que embora algumas leis possam ter maior determinação direta, dependendo do processo específico, não atuam isoladamente.

Os principais tipos de determinação ou condicionamentos legais que definem os processos de saúde-doença seriam: a) determinação dialética da totalidade do processo pela luta interna e pela eventual síntese subsequente de seus componentes essenciais opostos; b) determinação causal ou causação: determinação do efeito pela causa eficiente (externa); c) interação (ou causação recíproca ou interdependência funcional): determinação do conseqüente pela ação recíproca; d) determinação probabilística: do resultado final, pela ação conjunta de entidades independentes ou semi-independentes (BREILH, 1991, p. 200).

Para esta abordagem, há o entendimento da determinação dialética, princípio com maior poder explicativo que o da causação. Desta forma, a causalidade constitui uma das possíveis maneiras de determinação, não a única. Precisamente neste ponto, dirige uma das suas maiores críticas à investigação epidemiológica tradicional, de cunho positivista. Tradicionalmente, as investigações epidemiológicas buscam conexões entre variáveis isoladas sob o princípio da causalidade, atuando ao nível dos processos singulares, portanto, operando apenas no âmbito do aparente, da realidade fenomênica e reconhecendo apenas as leis causais.

É possível compreender que a determinação social se explica através da inter-relação entre as distintas dimensões constitutivas do processo, e que para entendê-lo é preciso uma forma de estudo que considere o todo presente nas partes que, por sua vez, ainda que tenham sua própria história, esta somente se dá dentro do movimento do todo. O contrário – ou seja, as análises restritas ao âmbito fenomênico, como é o caso da epidemiologia convencional que utiliza em seus estudos apenas o nível empírico-descritivo dos aspectos observáveis e quantificáveis – resulta em formas parciais de conhecimento da realidade.

Uma interpretação mais integral do processo requer a ultrapassagem do aparente para que se chegue à essência do fenômeno. Para tanto, a noção de totalidade e das mediações entre o geral, o particular e o singular é condição imprescindível. A historicidade do processo saúde-doença também permeia a explicação desta vertente:

(...) a saúde-doença, tanto a coletiva quanto a dos indivíduos, é uma parte do todo social, e os fenômenos epidemiológicos que observamos nesta parte, num dado momento, são dimensões da realidade com história e futuro. A parte (objeto saúde-doença) é produto de sua própria história e da história do todo, o qual subordina o movimento da parte (BREILH, 1991, p. 202).

O processo saúde-doença, como objeto de estudo e de transformação por parte da ciência, apresenta, na sua ordem hierárquica, os níveis coletivo e individual, cada um dos quais demanda para o seu estudo um marco de referência do geral, do particular e do individual. Na saúde-doença, portanto, se devem estabelecer estes níveis. Agora, como é um processo social, o objeto geral corresponde às formas econômicas estruturais em meio das quais ocorrem processos particulares de reprodução social e, como consequência, processos epidemiológicos particulares nos quais podemos situar os processos dos indivíduos. Vai-se produzindo legalmente (sujeito a leis) a saúde-doença, em cada um dos níveis de generalidade descritos (BREILH, 1991, p. 198).

Observa-se que a explicação da determinação não se dá de forma determinística, mecânica e linear. A presença do movimento dialético fica evidente. Essa leitura também se verifica ao tratar da falsa dicotomia entre o individual e o coletivo, que é desmistificada nesta construção. Mesmo reconhecendo os distintos âmbitos de intervenção da epidemiologia e da clínica, por exemplo, ao expressar que a epidemiologia tem seu objeto de investigação nos processos de saúde-doença na coletividade buscando as determinações do fenômeno e diferenciando-se da clínica, que atua nos processos individuais, centrada no biológico (BREILH; GRANDA, 1989; BREILH, 1991), reivindica-se a compreensão de conexão aos processos gerais.

Conforme Breilh e Granda (1989) e Breilh (1991), a tarefa da epidemiologia consiste em estudar, explicar e transformar os problemas do processo saúde-doença na dimensão coletiva. Em sua abordagem, evidenciam-se os processos sociais de determinação, e não os elementos causadores de doença. Para conhecer o objeto, processo saúde-doença, é preciso ir além do plano do empírico. Neste plano, da realidade fenomênica, aparecem os elementos que causam doenças, de forma independente, desconectados da totalidade, sem história e movimento.

Entretanto, não podem ser utilizados de forma separada e isolada para conhecer a realidade concreta do processo saúde-doença. Os fatores de doença devem ser entendidos como parte do movimento global da vida social. Para modificar a situação, é necessário o conhecimento do movimento social geral:

O movimento social geral contribui para explicar o desenvolvimento da vida nos grupos constitutivos, e a compreensão do avanço da vida nestes grupos contribui para explicar a produção de transtornos da saúde que ocorrem nos indivíduos (BREILH, 1991, p. 202).

Ao reconhecer as dimensões da realidade e as determinações atuantes na mesma, a explicação do processo saúde-doença nessa vertente se dá através de uma complexa relação dialética entre estas ordens. Para Breilh e Granda (1989) e Breilh (1991), o fenômeno saúde-doença consiste em um processo social, algo em desenvolvimento e em movimento permanente, resultante de múltiplas determinações. Enquanto elemento constitutivo da vida social, este fenômeno consiste em um processo particular do todo social:

O processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social. Como tal, inclui formas menores de movimento, de tipo inorgânico (físico), orgânico (biológico) e social, sujeitas a um ordenamento hierarquizado de acordo com os princípios gerais (dialéticos, de causalidade, de interação de probabilidade) e sujeitas às leis dos domínios social, biológico e físico (BREILH, 1991, p. 198).

O autor situa os processos gerais na estrutura social, os particulares nos processos de reprodução social, onde aparecem as características específicas dos grupos sociais, ou seja, as formas de produzir e consumir e subsequentes condições de vida, que se expressam no perfil reprodutivo e manifestam-se no perfil epidemiológico. Este nível delimita o espaço de movimento dos processos singulares que, por sua vez, estão expressos nos genótipos e fenótipos, desenvolvidos em condições históricas específicas de forma dialética com a dimensão coletiva, especificando os determinantes das condições de reprodução social da vida humana.

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 de reprodução social onde estão localizadas e podem ser explicadas as singularidades. Nesta 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.

As mediações são processos necessários para que a determinação se especifique. Na relação dialética entre o geral, o particular e o individual, ou, dito de outro modo, entre o todo e a parte, as leis do todo ou da dimensão mais ampla determinam os limites dentro dos quais pode atuar o poder determinante da parte ou indivíduo, mas estes também intermediam a determinação, especificando-a. O movimento geral determina os limites do cotidiano e do biológico; estes também participam da determinação, da especificação do movimento. O social, as leis da reprodução social, o

sistema de contradições da reprodução social determinam as condições dentro das quais sucede a história pessoal e o movimento biológico subsumido; mas também as condições naturais do ambiente, os fenômenos do dia-a-dia e da biologia humana participam na determinação da saúde-doença, seja através da experiência biológica acumulada que define as normas de reação do genótipo dos indivíduos, seja através dos processos fisiológicos que são possíveis num fenótipo em circunstâncias históricas específicas (configuração ergonômica, configuração imune, estado nutricional e metabólico-endócrino, capacidade de reposição, etc.). A mediação, portanto, define um espaço com uma legalidade própria, um espaço de especificação e de relação entre processos de dimensões superiores, a forma em que o geral se faz presente no particular e nos níveis de articulação dos processos reais (BREILH, 1991, p. 207-208).

O estudo do processo saúde-doença precisa reconhecer os modos de produção existentes em uma dada formação social concreta e as classes sociais que nele se estabelecem. As classes apresentam formas características de reprodução social num dado momento histórico (BREILH, 1991). Breilh e Granda (1989) e Breilh (1991) explicam que a categoria *reprodução social* abarca os momentos da produção social e do consumo. No momento da produção, é possível reconhecer, de acordo com a inserção nesta esfera, as formas de trabalho, a carga-horária, o deslocamento, revelando o tipo de desgaste, de consumo físico e psíquico, a intensidade e frequência de exposição a processos destrutivos e a processos potencializadores da vida. Também, o salário, produto da venda da força de trabalho, tem o poder de condicionar a quantidade e a qualidade do consumo.

O momento do consumo refere-se às formas de viver, onde se evidencia o acesso das classes aos meios de subsistência socialmente produzidos, como a alimentação, a habitação, aos bens naturais diretos (como ar e água). Também engloba a assimilação dos valores de uso ou dos bens, de tudo que pode contribuir para manutenção e aperfeiçoamento dos membros de uma classe social. Certamente, não se pode esquecer que tudo isso atua no ser do sujeito e tem rebatimentos na sua família.

No movimento de reprodução social, podem ocorrer condições que se configuram em processos deteriorantes, nocivos, denominados por Breilh (1991) contravalores de uso, pois atuam de forma a se contrapor ao desenvolvimento e aprimoramento da classe, bem como condições favoráveis, que constituem, nos termos de Breilh (1991), valores de uso (ou bens) para o seu aperfeiçoamento. Resultam do processo reprodutivo e se desenvolvem em unidade dialética.

Nessa contradição entre os valores ou bens e sua negação, a intensificação de um dos polos pode resultar em adoecimento e morte ou em potenciação e vitalidade. Esse movimento se dá de acordo com o desenvolvimento do processo geral e da classe, de forma dialética e não mecânica.

A reprodução social é a categoria que nos permite sistematizar o estudo dos condicionantes diretos da qualidade de vida dos membros de uma certa coletividade ou de suas classes sociais. (...) serve como um elo teórico-metodológico que permite ligar as determinações estruturais e gerais com as condições que mais diretamente modelam o perfil de saúde-doença do setor social que estiver sob análise, numa certa etapa do seu processo histórico (BREILH, 1991, p. 209).

Desse conjunto de contradições reveladas pela categoria *reprodução social* resultará um perfil de condições de trabalho e reposição, que determinará um típico perfil de saúde-doença, chamado por Breilh (1991) de perfil epidemiológico. Constitui expressão específica da inserção do sujeito na produção e no consumo. Numa sociedade de classes, esse perfil é uma forma característica das formas de reprodução social que as distinguem e sintetiza a essência do processo de determinação histórica que atua em todos os domínios e níveis. Dessas contradições resulta um perfil característico de saúde e doença, enquanto expressões resultantes de todo o processo de determinação. Deste perfil típico coletivo se desdobrarão as situações individuais prováveis (BREILH, 1991).

Ou seja, no perfil reprodutivo, existem manifestações da reprodução social que são valor de uso para a classe e atuam no sentido do seu aperfeiçoamento; há também aquelas manifestações que são processos deteriorantes e que resultam do processo reprodutivo de classe que se contrapõe ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da saúde da classe. Nessa contradição, o desenvolvimento de um ou de outro plano vai depender do avanço histórico do processo geral e da classe social.

O processo saúde-doença é a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos distintos grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde (BREILH; GRANDA, 1989, p. 40).

Pode-se compreender que a determinação se especifica através dos processos de mediação. O nível mais amplo demarca o espaço dos movimentos dos

processos menores, o que não significa determinismo, visto que o singular também media a determinação do global, especificando-o. A chave para compreensão da determinação está na noção de subsunção. A determinação social não significa uma relação de exterioridade, de influência do social no biológico, mas, sim, que entre ambos há um nexos interno, pelo movimento da subsunção, que permite a compreensão de que o processo saúde-doença está inscrito num movimento geral.

Os processos epidemiológicos são determinados por leis objetivas que estabelecem o movimento: as leis dialéticas da unidade e oposição dos contrários, os processos de causação de uma causa necessária e suficientemente externa frente a um efeito (leis causais), os processos de ação recíproca (leis funcionais) e os processos de afastamento do regular originados em vínculos individuais não previstos (leis dos processos aleatórios ou estocásticos) (...). Estas leis guardam uma relação hierárquica entre si, sendo as leis dialéticas de ordem superior na determinação. Então, a determinação da saúde-doença passa por essa rica relação dialética entre as distintas dimensões da determinação. As leis do movimento epidemiológico atuam nas relações estruturais de produção-consumo mediadas pela distribuição (nas sociedades capitalistas, distribuição pelo mercado e distribuição do salário social); nas relações com a natureza ou ambiente natural “externo”, mediadas pela produção e também nas relações de produção mediadas pelas condições do ambiente natural; nas relações político-ideológicas; nas relações da reprodução individual cotidiana (chamadas por Agnes Heller “reprodução do particular e do indivíduo”); e nas relações do movimento biológico subsumido, que por sua vez atuam como mediadores que especificam o efeito da história nos organismos, na corporeidade, participando desse modo na determinação (BREILH, 1991, p. 206 – 207).

Logo, as associações probabilísticas entre variáveis da epidemiologia tradicional não abordam a questão da determinação. É preciso entender a subsunção para além da subordinação, mas como movimento que compreende distintas ordens. Ou seja, este movimento é um processo dialético que engloba os movimentos das distintas dimensões, contemplando momentos de geração ou recriação e momentos de conservação ou reprodução. Trata-se de um processo dialético e não uma relação mecânica do todo nas partes. Está presente a noção de totalidade, da não fragmentação do mundo real, visto que recorre às relações entre o geral, o particular e o individual, enquanto dimensões dessa realidade que produz o processo saúde-doença.

Sob o ponto de vista de Breilh e Granda (1989) e Breilh (1991), o individual e o coletivo, o biológico e o social estão entrelaçados e não separados. Não se trata de determinismo biológico, nem de determinismo histórico, para essa concepção é

preciso trabalhar as relações social/biológico, sociedade/natureza de forma dialética, onde nenhum destes elementos perde sua presença na determinação.

Com efeito, pelo fato de leis econômicas, políticas e culturais atuarem na base do movimento epidemiológico, isto não quer dizer que não exista espaço para o individual-biológico definir, como parte decisiva, sua própria realidade. Por conseguinte, embora os processos da natureza, onde se desenvolve a vida de uma população, e os processos biológicos (fisiopatológicos e etiopatogênicos), que ocorrem nos organismos-atores da vida social, subordinem-se aos processos da vida social mais ampla, integrando-os, ambos participam também como determinantes desta vida e como condições decisivas do comportamento epidemiológico. Essa forma de entender a relação entre o social mais geral e o biológico rompe com a ideia de que há uma separação entre essas duas instâncias como a que existiria entre duas partes distintas do mundo, que só se tocassem externamente. Pelo contrário, entre o social mais amplo e o biológico há um profundo entrelaçamento. (...) É importante compreender, nesse sentido, que nossas condições biológicas especiais, diferentes das que caracterizam outros organismos, permitiram-nos um desenvolvimento histórico consciente, com o qual transformamos os limites da natureza e ampliamos a liberdade (BREILH, 1991, p. 203- 204).

Neste ponto, já é possível compreender que o caráter social do processo saúde-doença se explicita pela subsunção do biológico ao social. Ou seja, a existência de uma historicidade nos processos biológicos, nos quais as determinações maiores estão especificadas. Então, o biológico não está desconectado da dimensão social. Assim, o fenômeno saúde-doença guarda o biológico e o social.

Em sua análise, Breilh (1991) recorre a Marx e Engels para dizer que a história da natureza e a história do homem se condicionam reciprocamente. Então, sustenta que falar em historicidade do biológico significa tratar do condicionamento histórico dos fenômenos físico-químico-biológicos da natureza. Ou seja, há um condicionamento dos processos fisiológicos dos seres humanos que convivem em um espaço socioambiental. Desta forma, não há determinações puramente biológicas ou naturais no desenvolvimento da saúde nas sociedades humanas e dos ecossistemas nos quais convivem.

A vida e as possibilidades da saúde definem-se nas grandes determinações estruturais, mas especificam-se em todas essas mediações especiais para concretizarem-se e tornarem-se "visíveis" nos indivíduos (BREILH, 1991, p. 208).

Esse reconhecimento da dimensão histórica dos processos biológicos humanos significa que o natural tem o social como necessário para se desenvolver. O natural, por sua vez, também participa da configuração da história do todo social, especificando-o. Ou seja, fica claro que os processos físicos e biológicos do ser humano não são regidos diretamente ou mecanicamente por leis sociais.

Também para Asa Cristina Laurell (1983), o estudo do processo saúde-doença precisa reportar-se necessariamente ao exame de sua articulação com outros processos sociais. Da mesma forma que Breilh (1991), demarca o nível do geral no modo de produção da vida material e social.

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, 1983, p. 157).

Nesta abordagem, a compreensão passa pelo movimento de situar a sociedade em questão, como o trabalho ocorre nesta, localizando, então, o estágio de desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção que se estabelecem. Observe-se que não há uma relação mecânica entre o desenvolvimento das forças produtivas por si só e as condições de saúde da coletividade, o que remete a considerar na investigação as relações sociais de produção. Para Laurell (1983), o modo de inserção na produção condicionará o processo saúde-doença. Desta forma, os perfis de morbidade e mortalidade, as possibilidades de morte prematura ou longevidade são distintos nos diferentes grupos sociais.

Laurell (1983) trabalha com o conceito de perfil patológico, que abarca o tipo de patologia e a frequência que ocorre em determinados grupos sociais em um momento histórico. As diferenças desses perfis nos grupos é consequência das transformações da sociedade, portanto, as explicações devem ser buscadas nas características das formações sociais em determinados momentos históricos e não na biologia e na prática médica (p. 141). Ou seja, as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que se distinguem conforme o modo particular de se combinar o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção.

Fica evidente que, em sua construção, o processo saúde-doença não é estático e não se desenvolve de forma igual em todas as sociedades e períodos históricos. O movimento e a processualidade de sua análise se verifica ao abordar que a compreensão do fenômeno deve ser buscada em uma formação social concreta, existente em determinado momento histórico, considerando a combinação do desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção.

Para entender, é preciso compreender o momento histórico, tanto do ponto de vista das relações sociais e inserção dos sujeitos na produção, quanto em relação à conceituação que se faz sobre saúde e doença. Na sociedade capitalista, está centrada na biologia individual, despojada do caráter social. É o aspecto ideológico do processo, pois, ao naturalizar o fenômeno, o sujeito é individualmente culpabilizado e responsabilizado por sua situação.

Laurell (1983) analisa a doença como fenômeno concreto, situado em uma sociedade de classes. Ou seja, verifica-se que não há negação do biológico, que o processo saúde-doença é visto em sua materialidade no sujeito com seus processos biológicos em sua historicidade, visto que o desenvolvimento biológico humano sofre mediações do social. Assim, é histórico e é social.

A teoria da determinação social não usa o recurso da linearidade. Um exemplo disto percebe-se ao não conceber a história da doença como resultado imediato das forças produtivas e do grau de domínio do homem sobre a natureza. Por isso, Laurell (1983) afirma que o processo saúde-doença não se explica pela capacidade técnica de uma sociedade acabar com algumas doenças.

De fato, não basta a existência de capacidade econômica e tecnológica para isso. Se assim o fosse, a humanidade já poderia, na atualidade, ter assegurado a todos os meios necessários para satisfação das necessidades de sobrevivência. No estágio de desenvolvimento das forças produtivas alcançado, seria possível que todas as pessoas pudessem usufruir de tudo aquilo que o gênero humano construiu. Não haveria necessidade de longas jornadas de trabalho ao se considerar o advento da automação, da capacidade de produção atingida. Algumas funções poderiam desaparecer, inclusive. Logo, isso indica outros elementos intervenientes, precisamente o caráter social e histórico da forma como as relações sociais estão configuradas dentro do modo de produção e, portanto, o acesso aos bens gerados pela humanidade.

Há um quadro específico de cada formação social que não pode ser explicado a partir do isolamento de um fator. Neste sentido, Laurell (1983) insiste na consideração das relações sociais de produção. Assim, cada sociedade pode criar seu próprio perfil patológico e no seu interior o processo de doença dos grupos vai ser diverso em relação ao tipo de doença e sua frequência.

Para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes (LAURELL, 1983, p. 145).

Mas como apreender o papel ou a atuação do social no fenômeno saúde-doença? Laurell (1983) explica que o modo de adoecer e morrer dos grupos humanos, e não dos casos individuais, é que revela a natureza social da doença:

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. Ainda que provavelmente a "história natural" da tuberculose, por exemplo, seja diferente, hoje, do que era há cem anos, não é nos estudos dos tuberculosos que vamos apreender melhor o caráter social da doença, porém nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem (p. 137).

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (p. 151).

O processo saúde-doença é explicado através de múltiplas determinações, que são biológicas e sociais. A unidade entre a doença e a saúde está expressa nas contribuições de Laurell (1983), que situa a doença como parte do processo biológico global, que por sua vez só pode se dar em sociedade e remete ao problema da determinação.

O estudo do processo saúde-doença coletiva, desta forma, enfatiza a compreensão do problema da causalidade, pois que, ao preocupar-se pelo modo como o processo biológico ocorre socialmente, em consequência readquire a unidade entre "a doença" e "a saúde", dicotomizada no pensamento médico clínico. Isto ocorre porque, visto como processo da

coletividade, o preponderante é o modo biológico de viver em sociedade, que determina, por sua vez, os transtornos biológicos característicos, isto é, a doença que assim não aparece separada daquele, mas ocorrendo ambos como momentos de um mesmo processo, porém, diferenciáveis (p. 154).

Novamente, fica evidenciado que a abordagem da determinação social não retira o componente biológico do processo saúde-doença, mas o entende como parcial, devendo ser explicado de forma articulada ao processo social, não sendo suficientes os fatores biológicos para sua compreensão. A saúde e a doença são elementos de um mesmo processo, uma totalidade que tem caráter social e determinação histórica, portanto social.

Nesta abordagem, para se chegar à compreensão supra referida, é preciso construir de forma diferente o objeto de estudo. Para se apreender esse caráter histórico e social, o estudo deve situar-se no nível do coletivo. O social aparece, ou fica visível, pela inserção dos sujeitos no processo de produção em determinada fase de desenvolvimento das forças produtivas e suas relações de produção, situados em uma dada formação social concretamente existente.

Laurell (1983) traz um questionamento bastante elucidativo e importante de ser reproduzido: “Por que o processo saúde-doença tem caráter social, se é definido pelos processos biológicos do grupo?” (p. 152). A mesma responde através de duas argumentações:

Por um lado, o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatos biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. Isso se expressa, por exemplo, no fato de que não é possível determinar qual é a duração normal do ciclo vital, por ser ele diverso em diferentes épocas. Isto leva a pensar que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza (p.152).

Ou seja, a normalidade e a anormalidade biológica definem-se em função do social. O processo é compreendido enquanto unidade, onde há simultaneidade do caráter social e biológico. Do ponto de vista de Laurell (1983), isto indica que o fenômeno pode ser analisado tanto com metodologia social quanto biológica e, por isso, argumenta que, se o intuito for estudar o caráter social da doença, não se pode utilizar o objeto direto da medicina clínica e da epidemiologia tradicional, ou seja, a

doença no indivíduo. Assim, há a necessidade de construir o objeto que possibilite a investigação, “pois o processo biológico estudado no indivíduo não revela, de imediato, o social” (p. 150).

Conforme Laurell (1983), o objeto de estudo se situa no grupo, visto que “o caráter social do processo saúde-doença manifesta-se empiricamente mais claro no nível da coletividade que do indivíduo” (p. 150). Entretanto, para avançar nas análises do caráter social do processo, não pode ser qualquer coletividade, a escolha do grupo não pode ser aleatória, deve ser um “construído em função de suas características sociais, colocando somente em segundo lugar as características biológicas” (LAURELL, 1983, p.150). O estudo nos grupos revela a dimensão social:

O grupo não adquire relevância por ser constituído por muitos indivíduos em vez de apenas um, senão enquanto nos permite apreender a dimensão social propriamente dita deste conjunto de indivíduos que, assim, deixam de ser entes biológicos justapostos (LAURELL, 1983, p.151).

O estudo do padrão de desgaste e do tipo de patologia e sua distribuição nos grupos definidos por suas características sociais, também expõe a possibilidade de gerar conhecimento sobre a determinação destes processos, isto é, explicá-los (LAURELL, p. 152).

Neste ponto, também fica clara a importância da teoria social de referência, pois a mesma vai orientar a construção destes grupos e toda a condução do estudo. No caso dos pensadores filiados à teoria da determinação social, o referencial é dado pelo materialismo histórico e dialético, o que se identifica pela utilização de categorias como classe social, processo de trabalho, produção-reprodução social.

A pretensa neutralidade científica também “cai por terra” nas argumentações desta teoria, já que fica clara a determinação social da ciência. Isto fica nítido na compreensão de Laurell (1983) quando explicita que, para captar o caráter social do processo saúde-doença, o objeto de investigação precisa ser definido em termos do que se pretende estudar (e como) para gerar esse tipo de conhecimento, ou seja, saúde-doença como processo social.

A investigação do padrão de desgaste e do perfil patológico tem que ser feita relativamente aos organismos dos membros do grupo pesquisado não com a singularidade de cada caso individual, como é feito pela medicina clínica, mas estabelecendo-se o comum, isto é, que caracteriza o grupo (LAURELL, 1983, p. 153).

Quando aborda o processo de investigação através da construção do objeto, que acontece pela constituição dos grupos por suas características sociais, e, em seguida, se investiga os indivíduos para posteriormente se interpretar pelo conjunto, ou pelo que há de comum, refere:

A relação entre o processo de saúde-doença coletiva e o do indivíduo fica, então, estabelecida, porque o processo saúde-doença coletiva determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológica individual. Visto isto a partir do paciente significa que sua história social assume importância, porque condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de que adoça de um modo particular, porém, como sabemos, a probabilidade não se efetiva no indivíduo, senão como presença ou ausência do fenômeno. É por isso que a análise do caso clínico tem sua especificidade própria, já que, *a priori*, pode-se adoecer por qualquer causa e esta, para seu tratamento, tem que ser corretamente diagnosticada (LAURELL, 1983, p. 153).

Sobre a conceituação de saúde e doença em um dado momento histórico, afirma que isto também é socialmente construído e o quanto isso é mais difícil de comprovar do que o caráter social do próprio processo saúde-doença, diz:

Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista (p. 148-149). O fato de que o conceito de doença tenha um componente claramente ideológico não quer dizer que seja falso, senão que é parcial, isto é, que não deixa ver além de uma parte da problemática. O caráter parcial, deste modo, não permite avançar o conhecimento, senão em algumas áreas, deixando outras ocultas (LAURELL, 1983, p. 149).

Laurell (1983) expõe que os conceitos de saúde e doença são condicionados conforme as necessidades das classes dominantes, que aparecem como se fossem necessidades de toda sociedade. Na sociedade capitalista, ao centrar as explicações na biologia individual, o caráter social da doença é ocultado. Ou seja, estes conceitos também têm caráter social e guardam componentes ideológicos, o que, na concepção de Laurell (1983), não significa que sejam falsos, porém mostram apenas uma parte da questão, deixando algumas áreas ocultas.

Isso mostra o quão são reducionistas e limitados os modelos de causalidade próprios do pensamento médico dominante. Fica impossível explicar a doença como um efeito da atuação de um agente, conforme o modelo monocausal. Da mesma forma ocorre com o modelo multicausal que, ao justapor o social a outros elementos,

sem especificar sua atuação e peso, acaba reduzindo o fenômeno saúde-doença ao seu aspecto biológico.

Acerca deste modelo, Laurell (1983) traz relevantes esclarecimentos quando argumenta sobre as proposições insatisfatórias do mesmo tendo em vista duas questões: a primeira refere-se à premissa de impossibilidade do conhecimento da essência das coisas; e a segunda aponta para redução da realidade a uma série de elementos ou fatores que não se diferenciam em qualidade. Esses elementos ou o peso deles para que apareça a doença na verdade é dado pela distância desta. Dessa maneira, o social e o biológico são reduzidos a fatores de risco atuando de forma igual, não se discernindo como instâncias distintas (LAURELL, 1983).

Diante das limitações dos estudos baseados na causalidade, a autora afirma a necessidade de sua reformulação: "(...) uma proposição sobre a interpretação da determinação do processo de saúde-doença tem que encarar a unidade deste processo (...) e seu caráter duplo, biológico e social" (LAURELL, 1983, p. 155). Entretanto, reconhece que cada um tem sua especificidade e que é preciso analisar a relação que mantém entre si. Neste sentido, Laurell (1983) sustenta que a evidência empírica possibilita mostrar existência de relação entre o processo social e o processo saúde-doença. Mas advoga pela explicitação do caráter dessa relação.

Sobre a relação entre o processo social e o processo saúde-doença, bem como a necessidade de se resolver como se dá o caráter social desta relação - no sentido de que não é imediatamente visível aos olhos como é que um se transforma no outro - aponta caminhos a serem explorados:

O fato de se haver definido que o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que 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 neuro-muscular, 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 (LAURELL, 1983, p. 156).

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 e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a este respeito (LAURELL, 1983, p. 156).

Outro problema abordado diz respeito ao modo de explicar a geração do momento do processo saúde-doença. Quando se parte centrando a reflexão no processo biológico natural e deixando de lado os aspectos sociais, Laurell (1983) expõe:

No momento, vamos deixar os aspectos obviamente sociais, ou seja, o que se refere ao aspecto ideológico da doença e as circunstâncias sociais que fazem com que determinado processo biológico interfira nas atividades cotidianas e nos centraremos no processo biológico material. Em primeiro lugar, é claro que o próprio padrão social de desgaste e reprodução biológica determina o marco dentro do qual a doença é gerada. É neste contexto que se deverá recuperar a não-especificidade etiológica do social e, inclusive, do padrão de desgaste e reprodução biológica relativa à doença, pois não se expressam em entidades patológicas específicas, mas no que chamamos o perfil patológico, que é uma gama ampla de padecimentos específicos mais ou menos bem definidos. Fora da relação entre o padrão de desgaste-reprodução e a doença na qual a determinação social se manifesta claramente, parece necessário buscar outros mecanismos de transformação do social em biológico. A pergunta chave para elucidar este problema, a nosso ver, refere-se ao caráter geral ou particular destes mecanismos, porque, se são particulares, somente o estudo dos casos particulares pode revelar quais são (p. 157).

Ou seja, o social não desempenha uma função de desencadear processos biológicos, pois as hierarquias são distintas, sendo que o social está no próprio processo biológico. Neste sentido, Laurell reitera a imprescindibilidade de uma formulação teórica do social para que não se caia numa biologização deste, o que acarretaria em afastamento de suas características próprias.

A autora alerta que os estudos que buscam mostrar algum elemento social como fator de risco de determinada doença acabam por “desprezar a importância do social na etiologia da doença e se interdita seu caráter social” (LAURELL, 1983, p. 150). Isso ocorre porque, em geral, partem de uma conceituação tradicional de doença e de suas causas supondo que a causa social atue como os outros elementos, inclusive como o biológico.

Pelo exposto até então, percebe-se que os fundamentos teórico-metodológicos que ancoram esta teoria repousam no referencial do materialismo histórico e dialético. Esta posição é perceptível ao longo da integralidade das produções e está claramente explicitada em várias passagens. A orientação por este referencial apresenta-se evidente nas explicações do método de investigação, na

compreensão e análise da realidade, especialmente, quando se analisam as obras de Breilh, nas quais o autor explica as dimensões do processo saúde-doença, sua compreensão enquanto processo, o caráter de constante mudança da realidade e as contradições que promovem a mudança e o movimento. Também, quando explica que o conhecimento não pode ater-se à esfera do descritivo-empírico, indicando que se deve ultrapassar esta esfera fenomênica da realidade e buscar as determinações mais profundas e as estruturas que compõe o real.

O referido autor, ao partir de seu campo de conhecimento, a epidemiologia, aponta a necessidade de reinterpretar cientificamente o processo saúde-doença através de uma abordagem metodológica alternativa à usual da epidemiologia tradicional, que adjetiva como neo-positivista. Para tanto, sistematiza as categorias do materialismo histórico e dialético para a investigação da saúde-doença.

Para Breilh (1991), Espejo e Virchow deram os primeiros passos para a importância da determinação social da saúde-doença e a distribuição por classes sociais dos riscos, prejuízos e potencialidades à saúde. Considera que estas abordagens perfiladas aos interesses populares inauguraram uma linha progressista nas ciências da saúde. Entretanto, atribui a Marx e Engels as possibilidades efetivas para uma profunda renovação do pensamento epidemiológico pela sua contribuição para o conhecimento das leis que regem os fenômenos e identificação das categorias que permitem observar de forma interligada o biológico e o social (1991).

Em sua proposta, de um novo delineamento da investigação epidemiológica, adota os princípios gerais, as classificações e categorias particulares descobertas por Marx e Engels e destaca algumas categorias do marxismo, a que denomina de método científico geral.

(...) quem estabeleceu as possibilidades efetivas para uma profunda renovação do pensamento epidemiológico na realidade, abrindo caminhos decisivos para a compreensão das leis que regem os fenômenos e a identificação das categorias que permitem observar concatenadamente o biológico e o social, foram, sem dúvida nenhuma, Marx e Engels (BREILH, 1991, p. 181).

Breilh (1991) fundamenta sua afirmação trazendo vários trechos de obras de Marx e Engels que vale a pena citar, visto que elucidam a ancoragem e a consistência desta teoria do processo saúde-doença. Assim, seguem algumas referências: recorre a Marx de 1844, ao tratar das condições de vida e sua

articulação às relações superestruturais, onde as primeiras não podem ser entendidas por si mesmas, mas na economia política (p. 181); aborda as relações de produção, que são independentes da vontade dos homens, mas próprias das fases de desenvolvimento das relações produtivas; resgata a metáfora estrutura/superestrutura e as formas de consciência social para explicar que o ser social é que determina a consciência do homem e não o contrário.

Também cita a obra “A situação da classe operária na Inglaterra”, de Engels, retomando a importância deste trabalho para a formulação da epidemiologia científica. Sobre a obra “A ideologia alemã”, de Marx e Engels, recupera a descoberta da relação dialética entre os conceitos do natural e do social e sobre o condicionamento recíproco entre a história natural e a dos homens na história da sociedade humana. Embasando-se nesta obra, Breilh (1991) aponta a centralidade da ideia de sujeito social – desenvolvida por Marx e Engels - na sua proposta teórica. Ao interpretar estes pensadores, Breilh (1991) enfatiza o quanto esse sujeito social (poder ou vontade coletiva) se perde, perde seu desenvolvimento consciente com as forças objetivas que orquestram as conexões materiais gerais e passa a ser dominado por elas.

Os “Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844” também estão presentes na produção do autor, especialmente sobre a explicação do trabalho. Em “A Miséria da Filosofia”, destaca as observações de Marx sobre o sujeito histórico operário quando desenvolve as noções de “classe em si” e “classe para si”, destacando o elemento “bem político” na produção social do operário. O autor salienta a importância da categoria *sujeito social* e das categorias trabalhadas em “O Capital”: “processo de produção” e “reprodução social” e “força de trabalho”, conferindo especial relevância a estas na interpretação do processo epidemiológico (BREILH, 1991).

Um importante assunto contemplado na produção de Breilh (1991) refere-se às interpretações positivistas usando conceitos marxistas em muitos estudos, incluindo os sobre saúde-doença. Para essa pesquisa, esta questão é essencialmente relevante, visto que dentre os temas evidenciados está o abandono da perspectiva marxista na saúde coletiva e suas interpretações equivocadas. Breilh (1991) afirma a unidade do pensamento de Marx em suas diversas fases e fala da importância da obra “O Capital”, destacando o conceito de reprodução social e a pertinência da saúde-doença no mesmo.

Todo o livro propõe o método de análise dos processos estruturais e sistematiza as relações determinantes que conectam o social e o natural, a produção e o consumo com o movimento da reprodução social, e tudo isto vinculado ao aparecimento de efeitos sobre a população trabalhadora (BREILH, 1991, p. 185).

O epidemiologista também aponta obras de Lênin, aludindo aos princípios para o estudo das classes sociais e sua importância para os estudos de distribuição epidemiológica e destacando a importância da análise histórica para a superação da lógica formal para o estabelecimento de diferenças qualitativas entre os grupos, bem como da importância da análise social para diferenciar os interesses de classe.

Comenta a famosa obra de Engels, sobre a situação da classe operária, que vinculou as doenças da pobreza e da urbanização no capitalismo com as condições da fábrica. Destaca que Engels o fez entendendo tais condições como efeitos das condições de exploração e não como causas, como faz o enfoque empírico. Breilh (1991) constrói toda a sua argumentação com base nestas obras e evidencia as diferenças e o quanto essa concepção ultrapassa o enfoque empírico - que considera apenas as condições, ou seja, os efeitos da exploração - e o indutivismo, propondo a unidade entre as condições e as relações sociais que produzem as desigualdades.

Ainda, faz-se primordial identificar algumas categorias presentes nesta construção teórica. Uma delas é a categoria *sujeito social*, sobre a qual Breilh (1991) indica suas potencialidades: auxilia a conhecer a coletividade em seu conjunto e conhecer a capacidade autárquica da humanidade com a posse da consciência; oferece a possibilidade de um projeto histórico (diferenciando-se dos animais); ajuda a definir a natureza ou caráter solidário da sociedade humana rompido pelo surgimento da propriedade privada, bem como o papel revolucionário da classe do proletariado para restituir essa solidariedade e as relações de cooperação através da destruição da privatização e seus elementos de competitividade.

Esclarece que neste movimento (de destruição da privatização e restauração da cooperação) se encontra o bem “organização política”, enquanto um valor de uso para a saúde. Esta organização e sua ação permite o controle dos processos nocivos, destrutivos, à saúde, que estão na sociedade de classes. Esta questão é particularmente bastante relevante para esta produção, isto é, o quanto é benéfica para a saúde de todas as classes a organização política e a luta pela restauração da cooperação.

Outra categoria central desta abordagem é a reprodução social. Breilh (1991) deixa clara sua imprescindibilidade para “estabelecer relações entre as leis e as estruturas sociais com os processos mais particulares como são os biológicos, os mentais, etc.” (p. 187).

Sobre a construção do objeto de investigação, aspecto também abordado por Laurell (1983), Breilh (1991) explica que, ao se propor o problema, são tomadas decisões teóricas, pois a delimitação é feita a partir de critérios fornecidos por ferramentas do conhecimento, ou seja, o referencial teórico ou conceitual. Em seguida, há que se separarem os aspectos percebidos, aparentes, daqueles que são a essência do problema. Ainda, é preciso discernir as manifestações sujeitas às leis do objeto-problema com relação a seus elementos “causas”; e, também, é preciso delimitar características e relações que o objeto-problema compartilha com outros e aquelas que lhe são particulares.

Ao contrário do que propugna o método empírico-analítico, o problema e as hipóteses não se estabelecem por simples indução e associação empírica, nem tampouco as hipóteses aparecem por dedução e logo são aferidas por falsidade lógica e contra a realidade (...). O método científico se desenvolve por um processo dialético, onde a dedução e a indução, a análise e a síntese, a teorização e a observação empírica avançam em unidade e movimento até construir, de acordo com as leis objetivas dos processo da realidade que constituem o objeto, um reflexo objetivo da realidade, de seus determinantes e de suas possibilidades de transformação (BREILH, 1991, p. 191).

A passagem do “concreto-descritivo” para o “concreto-racional” – a superação racional das primeiras senso-percepções, que só nos davam uma imagem das propriedades imediatas e relações externas do problema -, é a condição básica para a superação da visão indutivo-positivista das condições de saúde-doença (BREILH, 1991, p. 192).

Considera que o movimento do conhecimento parte da representação do objeto, de seu concreto-descritivo, até a identificação de categorias mais abstratas. Posteriormente, o movimento se dá ao contrário, do abstrato ao concreto, construindo as relações essenciais, mediante processo de síntese, até se chegar ao concreto racional. Esclarece que o processo está condicionado à prática social do sujeito cognoscente (BREILH, 1991).

À medida que avança a prática social que nos une ao objeto de investigação, podemos identificar os pontos nodais da problemática e priorizar certos processos e relações, com a finalidade de efetuar uma análise mais profunda. Deste modo chegamos analiticamente a categorias

cada vez mais simples e abstratas, conseguindo delimitar os processos que constituem as diferentes dimensões de nosso objeto de estudo (gerais, particulares e singulares ou individuais). Como explicou Marx, uma vez chegado "...a este ponto, seria preciso empreender a viagem de volta...", mediante a síntese do concreto que "... agora não teria uma representação caótica de um conjunto, mas uma rica totalidade com múltiplas determinações e relações(BREILH, 1991, p. 194-195).

Portanto, não se trata, como almejaria a epidemiologia empiricista, de captar indutivamente o fenômeno epidemiológico por meio de fatos diretamente evidentes, mas de trabalhar a partir deste concreto inicial, descritivo, para formular racionalmente a sua essência, aquelas relações internas que não se captam empiricamente. O fenômeno epidemiológico é, portanto, a porta de entrada para a construção teórica da essência epidemiológica e ambos formam uma unidade, porque o empírico e suas regularidades são a expressão de uma essência histórica determinante (BREILH, 1991, p. 194).

O autor expõe que a categoria *produção* é a "síntese da oposição e unidade que ocorrem entre o sujeito social e o objeto natureza e a oposição entre o momento produtivo e o momento de consumo" (p. 195). Enfatiza a produção e o consumo como momentos de um processo onde a produção é o verdadeiro ponto de partida e momento predominante, consistindo na categoria mais abstrata e que "concentra embrionariamente todas as contradições do processo epidemiológico" (BREILH, 1991, p. 195).

Assim sendo, a categoria "reprodução social" é a que permite analisar o processo produtivo em seu movimento, estudar a oposição dialética entre produção (forma de autoconsumo do indivíduo, que inclui o processo de trabalho no sentido restrito, MS não se reduz a ele) e consumo individual (forma de produção do indivíduo produtor e de seus dependentes) e permite ainda compreender a oposição dialética entre reprodução natural-animal e a realização histórica do sujeito consciente (...). O processo de síntese ou caminho de volta, a partir destas categorias, permite chegar à contradição final saúde-doença e ao resultado geral do método de ascensão que foi sintetizado na categoria perfil epidemiológico, um concreto-racional que unifica um perfil de reprodução social com suas contradições, e um perfil de saúde-doença com suas contradições (BREILH, 1991, p. 196).

Resumindo sua explicação metodológica para a investigação, situa a fase inicial na identificação da essência dos processos que se estudam, considerando suas dimensões geral, particular e individual, e sua expressão legal da regularidade de sua mudança (BREILH, 1991, p. 197).

(...) a interpretação epidemiológica não se reduz à busca de conexões entre as partes, como "as condições da água" e a "doença diarreica aguda", mas uma vez que o todo social compõe-se de partes que podemos descrever e medir empiricamente compreende que a participação dessas partes no todo

gera uma realidade complexa, superior, com qualidades diferentes às das partes, ainda que seja dependente destas para sua existência. O pensamento científico, dessa forma, não só consegue explicar a unidade da realidade, mas também traduz as relações necessárias e hierárquicas entre os processos que constituem (BREILH, 1991, p. 202).

O autor se vale da categoria marxiana da reprodução social, que se expressa nos movimentos da produção e do consumo, e viabiliza a existência humana, a reprodução biológica, a vida, a saúde, a doença e a morte. A partir desta compreensão, constrói a categoria *perfil epidemiológico*, que tem dois componentes: o social (perfil de reprodução social) e o biológico (perfil de morbimortalidade), sendo que o biológico subsumido no social.

A teoria epidemiológica moderna reconhece tanto a relação dialética que ocorre entre as forças determinantes mais amplas como a possibilidade de que existam fenômenos singulares nos indivíduos; ou seja, reconhece a necessidade de observar as leis históricas da produção e a organização da sociedade para explicar as causas mais profundas da doença, mas também reconhece que o único caminho para compreender o especificamente epidemiológico é saber como é que os processos da reprodução individual cotidiana e os processos biológicos atuam e se transformam no seio desse movimento mais amplo, para originar os fenômenos epidemiológicos (BREILH, 1991, p. 203).

A teoria da determinação social utiliza a lógica dialética na investigação em substituição à lógica formal. A questão da saúde-doença origina-se, então, dos processos de deterioração ou fortalecimento / vitalidade que ocorrem no trabalho e no consumo das classes e suas frações, vinculados à reprodução geral da estrutura capitalista e às condições políticas e culturais derivadas desta.

Laurell (1983) também aborda a questão da necessidade de construir o objeto de estudo, pois a conceituação tradicional de doença, por exemplo, não possibilita conhecer o caráter social do processo saúde-doença.

(...) Se a finalidade é estudar o caráter social da doença, isto não nos permite um aprofundamento, pois o processo biológico estudado no indivíduo não revela, de imediato, o social. Há necessidade, então de ir além do objeto direto da medicina clínica e da epidemiologia e construir um objeto que nos permita o estudo empírico do problema (BREILH, 1991, p. 150).

Acerca da questão da determinação, e fazendo alusão a Breilh e Laurell acerca das ideias a esse respeito, explana:

Seguindo-se a linha de pensamento destes autores e do presente trabalho, uma proposição sobre a interpretação da determinação do processo de saúde-doença tem que encarar a unidade deste processo, tal como o expusemos anteriormente, e seu caráter duplo, biológico e social. Isto significa reconhecer a especificidade de cada um e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conservam entre si, o que implica em conseguir as formulações teóricas e as categorias que nos permitam abordar seu estudo cientificamente (LAURELL, 1983, p. 155-156).

Em relação aos projetos societários, nesta vertente está clara a crítica à sociedade de classes do modo de produção capitalista. Os autores, ao desenvolverem suas propostas, apontam para a necessidade de superação dessa ordem e à possibilidade disto devido ao elemento humano da autocriação. Breilh (1983, 1991) considera patogênico o modo de produção capitalista e critica seus elementos técnico-ideológicos que o sustentam. Defende uma ordem social onde todos possam desfrutar de um bem viver.

Do ponto de vista dos aspectos ético-políticos, a proposta remete à transformação da realidade e alerta para a necessidade de descobrir este real em sua totalidade e dar visibilidade aos processos que conformam o viver em sociedade. Parece evidente a intenção de atuar no sentido da desalienação para a formação de sujeitos comprometidos política e eticamente com a transformação, na busca de uma forma de viver que proporcione o desenvolvimento das potencialidades humanas, seu aperfeiçoamento, amputada pela atual forma de organização da produção.

Breilh (1991) se posiciona a favor da classe explorada, que vive da venda da sua mão de obra. Em várias passagens, contempla o compromisso dos atores vinculados ao campo da saúde com os valores e interesses populares e democráticos. A superação da ordem social capitalista e a instauração de uma ordem onde os valores humanos sejam prioritários, bem como a aliança entre a prática científica e a prática política transformadora são elementos constantes na teoria da determinação social da saúde, percebidas tanto nas formulações de Breilh (1991) quanto nas de Laurell (1983).

Quando o aspecto em foco se dirige às possibilidades de atuação ou viabilidades de operacionalização presentes nas produções, encontram-se indicações que fornecem elementos alusivos à prática da pesquisa e das intervenções profissionais. As obras de Breilh, principalmente o livro de 1983,

proporcionam uma visão de como operacionalizar investigações epidemiológicas orientadas pelo novo enfoque. Na obra supracitada consta, inclusive, um “passo-a-passo”, onde minuciosamente está explicada a construção do objeto, das variáveis e demais procedimentos de investigação. Mostra a viabilidade deste novo enfoque no que se refere à sua operacionalização.

Na explanação do perfil reprodutivo de classe e sua correspondência a um perfil de saúde-doença, Breilh (1991), fornece importantes indicações através do perfil reprodutivo que “refere-se às categorias que permitem sistematizar o estudo da própria reprodução social da classe e identificar os diferentes planos de ação que se adotam na prática”. O perfil de saúde-doença “refere-se ao nível semiológico, que pode corresponder ao perfil típico de uma classe na sua totalidade (num certo momento histórico) ou ao caso individual” (BREILH, 1991, p.232).

Sobre a organização das ações de saúde, dentro desse entendimento da determinação social, Breilh refere acerca das possibilidades de operar nas contradições dos três domínios do sistema de contradições do perfil reprodutivo: domínio da classe social “em si”, da classe social “para si” e natural. Ressalta a existência de uma hierarquia entre eles e, portanto, as diferentes repercussões no perfil de saúde de classe que as ações exercem em cada domínio.

Nesta concepção, as ações de saúde de maior repercussão no perfil de saúde de classe são as que se dão sobre o domínio da classe “em si”, ou seja, nas estruturas dos processos gerados no trabalho e no consumo que podem ser deteriorantes ou protetores e benéficos. As ações de maior repercussão no caso individual estão no domínio do natural, ou seja, no ambiente que pode proporcionar condições e recursos de proteção e desenvolvimento ou destrutivas e de deterioração e privações.

Já as ações do domínio da classe social “para si”, isto é, relativas à consciência, que pode ser objetiva de classe, proporcionando avanço da organização social e de formas solidárias de vida ou de consciência alienada, onde a repressão à organização e privatização das formas de vida, a menos que sejam integrais, caso em que seguramente implicam ações no domínio da classe “em si”, têm repercussões no perfil de saúde doença coletivo, porém menores e menos duradouras (BREILH, 1991).

O nível da reprodução da classe social “em si” assenta-se na dialética de produção e consumo (...) podem desencadear efeitos opostos, segundo a contradição desenvolva-se para o benefício da classe ou contra ela. As conquistas que integram os espaços e conteúdos do “consumo-produção”, obtidos pela luta da classe em resposta a seus verdadeiros interesses, produzem um efeito no polo saudável do perfil de saúde. Aquele desenvolvimento dos termos da contradição que se opõem aos interesses da classe ou que produzem efeitos diretos sobre seus componentes refletir-se-á no polo de morbidade e mortalidade (BREILH, 1991, p. 234).

A direção social também está evidenciada na explicitação da necessidade de se conhecer e levar em consideração nas investigações as determinações mais profundas das condições de vida que conformam os processos saúde-doença. Há o compromisso com a transformação a partir de uma leitura que considera aspectos estruturais e superestruturais da sociedade. Há também o compromisso com a prática social do investigador. Logo, a investigação e a prática social encontram-se entrelaçadas nesta leitura, e as intervenções podem gerar mudanças nos domínios do geral, do particular e do singular, sendo que transformações profundas remetem aos três níveis. Seu posicionamento está expresso de forma bastante clara nos seguintes trechos selecionados para ilustrar essa constatação.

A transcendência política desse modo integrador de construir os objetos-problemas é a de recuperar a unidade da realidade e entender os determinantes de seu movimento. A forma desarticulada com que a ciência convencional olha a realidade leva a uma prática igualmente desarticulada e superficial. Quer dizer a luta pela transformação social e da saúde enriquece-se e interalimenta-se com a transformação da ciência e seu método, um processo de transformação social que se projeta e recria na inovação teórica de disciplinas como a epidemiologia (BREILH, 1991, p.208).

(...) O novo referencial interpretativo, com suas decorrentes hipóteses principais, deve projetar-se sobre o que fazer científico e político de nossos povos e, para isso, é muitas vezes imprescindível projetá-lo sobre a observação do concreto, através de procedimentos operacionais e técnicos idôneos e viabilizar sua penetração na consciência popular e no desenvolvimento da luta política (BREILH, 1991, p. 243).

De modo geral, pode-se asseverar que, além de conquistar um caminho seguro para o avanço da reconstrução teórica, é necessário apontar para as vias de reconstrução operacional, e este desafio só pode consolidar-se por meio de uma prática de investigação articulada organicamente aos interesses popular-democráticos (BREILH, 1991, p. 246).

Nesta perspectiva, o processo de investigação encontra-se articulado aos interesses das camadas populares. O autor defende uma prática vinculada

organicamente aos interesses da maioria, rompendo com a ideia de neutralidade e isenção do pesquisador.

(...) o investigador deve aceitar a íntima relação que existe entre ciência e política, entre o método científico e método político; deve construir racionalmente o fato político de seu compromisso, evitando cair no instrumentalismo simplista de listagem de denúncias, sem defasar-se em relação ao ritmo da luta popular. (...) Se detectarmos os processos críticos da deterioração da vida e da saúde do povo, poderemos estabelecer quais são as perguntas-chave que deveremos responder, quais os temas para aprofundamento e qual o ordenamento de um plano mediato que oriente o projeto histórico que conscientemente se defende nos núcleos de investigação mais democrática (BREILH, 1991, p. 248).

Laurell (1983), ao tratar da necessidade de construção do objeto de estudo para verificar o caráter social do processo saúde-doença e da importância de analisar o alcance social desta forma de abordar tal estudo, fornece elementos para a atuação:

É claro que este modo de abordar o estudo do processo saúde-doença permite-nos descrever as condições de saúde de um grupo, articuladas com as condições sociais deste. É, por si mesmo, um avanço, já que tem implicações diretas na prática sanitária, uma vez que visualiza a problemática de forma diferente daquela que ocorre quando é feita como uma descrição biológica das condições de saúde (p. 152).

Compreende-se que essa forma de conceber saúde-doença traz grandes implicações para as intervenções em saúde. O espectro de possibilidades se amplia para além das intervenções no corpo. Permite mediações de processos de conscientização e organização para o combate dos processos destrutivos identificados nas coletividades. Até mesmo a escolha de técnicas e abordagens a serem empregadas está intimamente atrelada à compreensão dos fenômenos. Dentro do arsenal de possibilidades existentes, provavelmente se optará por aquelas que agregam maior poder de politização, de coletivização das demandas. Em vez de usar as conservadoras ações de educação em saúde, pode-se optar pelas propostas de educação popular em saúde, por exemplo.

No âmbito dos atendimentos individuais, este alargamento no olhar do profissional proporciona a compreensão do sujeito em sua integralidade e historicidade, evitando a culpabilização individual e as tradicionais prescrições de adoção de estilos de vida saudáveis, pautados numa normatização do ideal, quase sempre inatingíveis até para quem os recebe. Se a análise for direcionada para as

investigações, a escolha dos temas e seu alcance e impacto na realidade social será ampliado.

Pode-se citar como exemplo uma questão bastante atual, como a da indústria do agronegócio que, em nome da alta lucratividade, vem causando sérios e destrutivos impactos, tanto aos pequenos produtores rurais, causando processos êxodo, quanto aos ecossistemas e humanidade em geral pelo recurso a agrotóxicos, sementes geneticamente modificadas e uma infinidade de aparatos tecnológicos que trazem riscos à vida no planeta. As investigações amparadas pelo referencial da determinação se voltam para temas desta magnitude e constituem atividades práticas e necessárias. Ainda sobre a questão operacional, o livro mais recente de Jaime Breilh¹ traz uma proposta de análise e intervenção que batizou de Matriz de Processos Críticos e é uma interessante referência para a questão. Na mesma obra, trabalha com as noções de promoção da saúde e prevenção profunda, orientadas pela concepção da determinação social da saúde.

5.1.2 O Enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde

Em busca de respostas que contemplem as questões colocadas nos objetivos específicos desta investigação, seguem algumas reflexões originadas através da análise do material em questão. Faz-se pertinente alertar que consiste em uma análise e interpretação baseada em pressupostos teórico-metodológicos e ético-políticos adotados e, inclusive, já expressos anteriormente nesta produção. Portanto, uma dentre as inúmeras possibilidades de leitura.

O relatório “Redução das Desigualdades no Período de uma Geração – igualdade na saúde através da ação nos seus determinantes sociais”, publicado em 2008 pela OMS, é produto da sua Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde criada em 2005. A CDSS/OMS foi incumbida da tarefa de reunir e compilar informações sobre os determinantes sociais da saúde e seu impacto nas desigualdades de saúde, bem como fazer recomendações de atuação sobre estas desigualdades.

¹ BREILH, Jaime. Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

O documento traz os resultados destes estudos sobre os determinantes sociais da saúde e, com base nas informações coletadas, constrói propostas e recomendações para ação sobre os mesmos. Segundo o relatório, o objetivo-chave da comissão foi promover um movimento global sobre os DSS e a igualdade na saúde (OMS, 2010, nota do presidente).

Destaca áreas consideradas necessárias para a atuação: das condições de vida cotidianas e das causas sociais inerentes às condições de vida cotidianas e que as influenciam. Consta o enquadramento conceitual dos determinantes sociais da saúde adotado pela comissão, já que existem diversos modelos. Apresenta análises sobre os determinantes e aponta exemplos de intervenções que já apresentaram resultados referentes à redução das desigualdades em saúde.

No Brasil, a criação da comissão (CNDSS) data do ano de 2006, quando foi constituído um grupo de trabalho com integrantes de diferentes ministérios e a participação dos Conselhos Nacionais e Municipais de Secretários de Saúde (CONASS e CONASEMS) (BUSS; PELLEGRINI, 2007). A comissão brasileira foi constituída por 16 personalidades da vida social, cultural, científica e empresarial e tem como principais objetivos a produção de conhecimentos e informação sobre DSS no Brasil, apoiar o desenvolvimento de políticas e programas que enfrentem a questão dos determinantes sociais e as iniquidades em saúde e a promoção de atividades de mobilização da sociedade. Como fruto de seu trabalho, publicou o relatório “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”, onde constam vários dados sobre as condições de vida da população brasileira.

Uma das primeiras constatações feitas através do estudo diz respeito à natureza do conteúdo das publicações da OMS e CNDSS: não se trata de uma teoria. Por esta razão, nesta produção passou-se a denominar Enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde, visto ser uma forma de ver e tratar o assunto, porém sem o estatuto de uma teoria. Acerca do aspecto relativo à relação entre o processo saúde-doença e a organização social, a análise do documento da OMS e da CNDSS indica um claro reconhecimento da articulação entre condições sociais e os processos biopsíquicos. Em várias passagens dos documentos esta posição está expressa, como se pode identificar nos trechos selecionados:

A igualdade na saúde é um problema para todos os países e é significativamente afetada pela economia global e os sistemas políticos. (...) o fardo da doença, responsável pela perda prematura de vida, advém em

grande parte das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Por seu lado, condições de vida deficitárias e desiguais são consequência de políticas sociais e programas de baixa qualidade, estruturas econômicas injustas e má política (OMS, 2010, p. 1).

Em países de todos os níveis de rendimento, a saúde e a doença seguem uma gradação social: quanto mais baixa a posição socioeconômica, pior o estado de saúde (OMS, 2010, s/p – sumário executivo).

Contudo, não se encontra clareza quanto à explicação desta relação, ou seja, por quais mediações os processos gerais se articulam aos processos particulares. Inclusive, a própria CNDSS brasileira assume a necessidade de melhor esclarecer tais mediações. Nos extratos citados do documento da OMS, as expressões “significativamente afetada pela economia global”, no primeiro, e “em grande parte”, no segundo, as referências às condições sociais e às situações de adoecimento indicam uma tendência de interpretação ancorada no mecanismo da influência, onde os fatores sociais teriam uma atuação paralela a outros elementos, sendo que nem sempre estariam presentes no evento mencionado. Em outras passagens, tem-se a impressão de uma relação mecânica, de causa-efeito, o que remete a um determinismo. Constata-se que não há correspondência com a noção de determinação adotada pela epidemiologia crítica latino-americana e a saúde coletiva brasileira.

A título de ilustração das diferentes explicações dadas pelo modelo da CNDSS e a teoria da determinação social, segue um exemplo. Para a CNDSS, a posição social consiste em elemento definidor das condições de vida e trabalho, ainda que situada em um contexto maior (que se poderia identificar como a dimensão dos processos gerais, do ponto de vista do seu modelo), relativo às condições socioeconômicas, culturais e ambientais, denominados elementos distais. Na teoria da determinação, a organização social para produção e suas relações sociais de produção é que estão na esfera dos processos gerais e exercem a determinação maior. Através de mediações, determinarão a posição, ou a classe dos indivíduos.

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, os determinantes mais gerais e distais do modelo de Dahlgren e Whitehead, geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as

condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos (CNDSS, 2008, p. 54).

Segundo o relatório da OMS, os determinantes sociais da saúde são entendidos por uma perspectiva holística e são definidos como as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem em conjunto com os determinantes estruturais. Tais condições em conjunto com os agentes estruturais formariam os determinantes sociais da saúde.

A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacional e global, a conseqüente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenómeno “natural”, sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade. Em conjunto, os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países (OMS, 2010, p. 1).

Além de a definição ser demasiadamente vaga por conta de seu carácter abrangente, o que torna difícil a compreensão do seu real significado, os chamados determinantes estruturais e as condições de vida aparecem separados, como fatores que influenciam a saúde, denotando, em vez de uma relação de determinação, uma relação de justaposição de diferentes elementos que geram “a maior parte” (conforme o documento) das desigualdades em saúde.

Outro ponto que chama atenção refere-se ao que seriam as mencionadas condições estruturais que concorrem para as más e desiguais condições de vida. No decorrer do documento, apontam-se várias significações para isto, o que torna a leitura e o entendimento bastante confusos. Em um trecho, há a afirmação de que as diferenças no campo da saúde existentes entre países e dentro dos países surgem como causa de

(...) circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com a doença. As condições em que as pessoas vivem e morrem são, por outro

lado, moldadas por forças de ordem política, social e econômica (OMS, 2010, s/p – apresentação inicial).

Em outra passagem bastante representativa, cita como condições estruturais as “políticas e programas sociais fracos, acordos econômicos injustos, e política de má qualidade” (OMS, 2010, p. 28). Ao abordar as políticas sociais, dá a impressão de que as forças que moldam as condições das pessoas se referem apenas a essas políticas, bem como às econômicas. Ou seja, não se trataria do modo de produção, mas de políticas.

(...) esta combinação tóxica de más políticas, economia e política é, em grande parte, responsável pelo fato de a maior parte da população mundial não beneficiar da boa saúde que é biologicamente possível (OMS, 2010, p.28).

Nos dois documentos em questão, não se encontram leituras mais esclarecedoras sobre processos mais amplos que verdadeiramente produzem os chamados determinantes sociais e a desigualdade de forma geral e, inclusive, na saúde. Ainda que em algumas passagens mencionem processos econômicos e sociais, quando falam do neoliberalismo e da globalização, por exemplo, não chegam a tecer grandes considerações, restringindo-se a citar históricos processos de exploração em prol de interesses de grupos restritos e dos malefícios do neoliberalismo.

Suscitam algumas indagações: saúde biologicamente possível? E a saúde socialmente possível através do acesso às riquezas produzidas pelo gênero humano? E essas estruturas são responsáveis em grande parte, não em tudo? Não há uma relação de determinação? Não está contemplada na análise a consideração de que o modo de produção e as relações sociais, por mediação de outros processos, constituem a determinação maior do modo como as pessoas vivem em geral, não apenas na sua corporeidade biológica, e que isso se dá por mediações não sendo automático.

A sociabilidade, os valores, enfim, todos os elementos constitutivos da vida em sociedade estão atravessados por esta forma de organização. Então, os DSS não são fatores que influenciam, mas manifestações da contradição entre capital e trabalho, através das quais a determinação maior se concretiza e tem

preponderância fundamental. Não consistem em um agregado solto de elementos juntos a tantos outros.

Considerando a vocação política dos relatórios de ambas as comissões, visto que se propõem a mobilizar governos, entidades, sociedade em geral para atuar sobre os chamados determinantes, chamando atenção para sua importância no quadro de saúde das populações, entende-se que há, ainda que subentendido, um projeto de sociedade que se almeja, que se deseja construir. O recorrente uso dos princípios da justiça social e equidade apontam em direção à busca de uma sociedade mais justa do que a atual. Fica evidente que esta sociedade pretendida pela comissão está nos marcos do modo de produção capitalista, no sentido de torná-lo menos desumano e mais justo corrigindo suas consequências indesejadas. Logo, não há nenhuma pretensão, nem mesmo nas entrelinhas, de superação da ordem vigente.

Onde as diferenças sistemáticas na saúde são entendidas como contornáveis através de ação razoável, são, pura e simplesmente, injustas. Corrigir essas desigualdades – as diferenças enormes, mas remediáveis na saúde, dentro e entre países – é uma questão de justiça social (OMS, 2010, s/p - sumário executivo).

O princípio da justiça social e da equidade, largamente evocados na obra, expressam o posicionamento ético da comissão. Embora não esteja claramente explícito o conceito de justiça social, o entendimento está relacionado às diferenças remediáveis, entendidas como desigualdades. Cabe uma reflexão no sentido de discernir os conceitos de diferença e desigualdade. Entende-se que diferença teria seu oposto na indiferença, enquanto desigualdade teria como oposto correspondente a igualdade. Logo, não são sinônimos e o problema não reside nas diferenças, mas na desigualdade.

A correção destas desigualdades é uma questão de justiça social. Reduzir as desigualdades na saúde é, para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (doravante designada Comissão), um imperativo ético. (...) A injustiça social é responsável pela morte de pessoas em grande escala (OMS, 2010, p.28).

A relação entre igualdade e elementos macrossociais é compreendida na perspectiva de possibilidade de alguma influência destes sobre a primeira. Ou seja, novamente não aparece como uma relação de determinação, mas de fator que pode influenciar e não necessariamente resultante do sistema maior: “A igualdade na

saúde é um problema para todos os países e é significativamente afetada pela economia global e os sistemas políticos” (OMS, 2010, p.1). Mais uma vez se retorna a indagação se estas desigualdades são afetadas pela economia global e os sistemas políticos, como cita o documento, ou geradas por uma forma de organização da produção e suas relações características.

Surge a questão referente ao que vem a ser igualdade na saúde. Para a comissão, a desigualdade na saúde consiste em diferenças de saúde sistemáticas passíveis de correção.

É injusto que existam diferenças sistemáticas nas condições sanitárias, que sejam passíveis de evitar através de uma ação razoável a nível global e dentro da própria sociedade. A isto, a Comissão designa por desigualdade na saúde (OMS, 2010, p. 28).

A afirmação da possibilidade de incidir na desigualdade é pertinente, visto que se concorda tanto acerca da necessidade, quanto da viabilidade de atuação para diminuição. No entanto, entende-se que a supressão das mesmas não é possível no interior de um sistema cuja lógica de funcionamento as gera necessariamente. Ao mencionar a ação sobre as causas das causas, sendo estas as estruturas globais e nacionais, e, ao mesmo tempo, não mencionando a determinação maior, raiz das causas das causas, faz parecer que alterando algumas políticas seria incidir nas citadas estruturas, ou seja, estas estruturas não se referem ao modo de produção. A mensagem subentendida aponta para a de manutenção da ordem social estabelecida, a qual só precisaria de alguns ajustes para correção de suas imperfeições.

A CNDSS brasileira também se compromete ética e politicamente com a equidade, afirmando visar, através dela, a garantia do direito universal à saúde. Cabe indagar como se concebe equidade e, dependendo da resposta, questionar sobre a possibilidade de associar à universalidade. Esta é uma provocação pertinente tendo em vista o deliberado uso do princípio equitativo como justificativa para políticas focalizadas. Além disto, o relatório da Comissão brasileira cita teóricos liberais, como John Rawls e Amartya Sen, que não defendem a referida universalização. Seja por interpretação distinta ou por concordância de ideias, o fato é que há certa incoerência, ainda mais considerando-se que um dos objetivos da comissão consiste justamente em subsidiar a formulação de políticas sociais.

O documento convoca a OMS e os governos nacionais para liderarem uma ação global sobre os DSS, para que se atinja a meta da igualdade na saúde. Enfatiza a importância de os governos, sociedade civil e demais organizações internacionais atuarem sobre as condições de vida das pessoas, visando sua melhoria e o alcance da igualdade na saúde no tempo de uma geração (OMS, 2010, s/p). Disso emergem algumas indagações referentes às possibilidades de coalizão em torno desta questão e sobre a possibilidade de alcançar igualdade nos marcos do capitalismo.

Ainda que se considere questionável a viabilidade deste amplo movimento apenas no entorno da saúde, é pertinente reconhecer a importância conferida à intersectorialidade. O documento não se restringe às tradicionais ações do setor saúde, transcendendo às demais políticas sociais e alertando para sua necessária articulação, o que resultaria em melhores condições de saúde. A presença deste conceito é de fundamental importância para viabilização do conceito ampliado de saúde defendido pelos aliados da RSB.

Outro importante conceito trazido pelo documento da OMS é o de gradiente social, que corresponde à expressão estratificação social, utilizada pela CNDSS. Consiste numa relação entre a posição social e os indicadores de saúde daquele patamar. Evidencia a existência de gradação de níveis de saúde por posição social. Significa que as pessoas situadas nas camadas mais pobres apresentam piores indicadores de saúde. Ainda que se ressalte a ausência de explicações para as denúncias (como esta) trazidas pelo relatório, é extremamente relevante apontar a existência destas gradações.

A pobreza não se resume à falta de rendimentos. A conclusão a retirar, quer do gradiente social da saúde, quer da saúde precária dos mais pobres, é de que a desigualdade na saúde é causada pela distribuição desequilibrada de rendimentos, bens e serviços e a consequente falta de oportunidade de gozar de uma vida próspera. Esta distribuição desequilibrada não é de modo algum um fenômeno “natural”, antes o resultado de políticas que favorecem os interesses de alguns em detrimento de outros – frequentemente, os interesses de uma minoria rica e poderosa sobre os da maioria incapacitada (OMS, 2010, p. 33-34).

É preciso considerar que um dos maiores objetivos dos relatórios, se não o maior, está precisamente em fornecer elementos para a formulação de políticas sociais. Porém, ao evidenciar os gradientes sociais e recorrer em toda a sua explanação ao princípio da equidade, pondera-se, novamente, o risco de adoção de

políticas focalizadas em nome do referido princípio. Por outro lado, e assim como o documento da CNDSS, o relatório aborda a questão da universalidade das políticas sociais e da necessidade de sistemas de seguridade social.

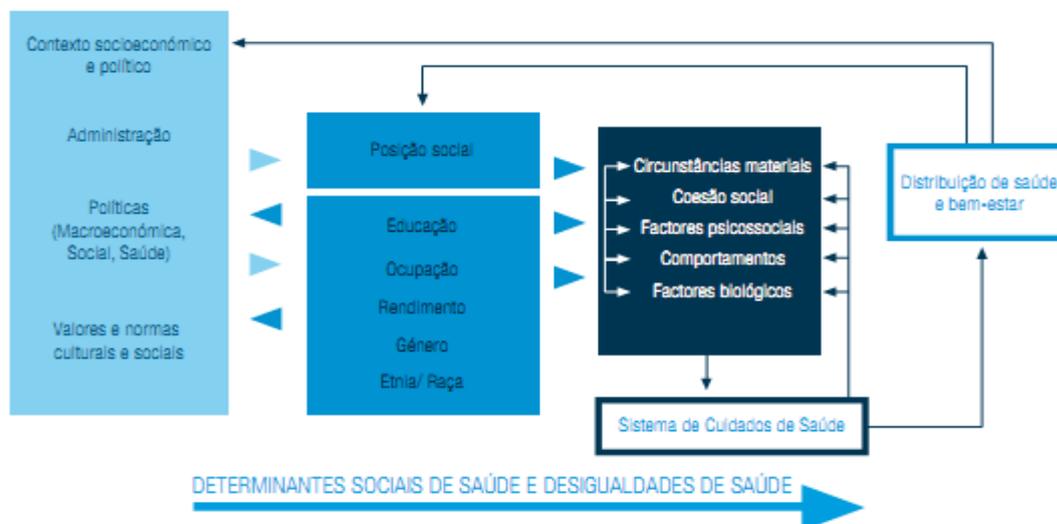
Em relação ao entendimento sobre o fenômeno saúde / doença, não aparece explicitamente. Ainda que não haja referência explícita, a análise da globalidade da obra remete à concepção tradicional. Parece persistir o entendimento do fenômeno enquanto evento biológico e a explicação de que os fatores sociais, ao lado dos genéticos, biológicos, ambientais, dentre outros, seriam fatores causadores deste evento. Ou seja, depreende-se que há uma relação causa-efeito e resultado biológico.

Acerca dos referenciais teórico-metodológicos percebe-se a ausência de uma teoria social de base. Certamente, há que se ponderar acerca da natureza das publicações. O relatório da Comissão da OMS é um documento oficial, oriundo de uma agência internacional onde atuam diferentes forças político-ideológicas. Ao se propor uma coalizão de forças, a concertação mundial em prol de políticas para a igualdade na saúde, dirigidas a muitos atores, não há como esperar posicionamentos com maior radicalidade.

Outra explicação plausível refere-se à forma de elaboração do relatório da OMS. A revisão e sistematização da literatura científica sobre os determinantes foi feita por diferentes grupos de trabalho com orientações de diferentes escolas filosóficas e posições teóricas e políticas. Possivelmente, o ecletismo percebido no texto encontra neste fato uma das explicações. Contudo, a análise do relatório como um todo aponta algumas tendências preponderantes.

Embora o documento da OMS faça referência a um modelo conceitual de base e traga uma figura esquemática do mesmo, não há uma explicação clara deste modelo. O enquadramento conceitual da comissão é indicado no texto pela figura que segue.

Figura 1 – Modelo Conceitual Adotado pela CDSS/OMS



Fonte: Alterado a partir de Solar & Irwin, 2007.

Fonte: OMS, 2010.

Pelo que se interpreta do esquema, os determinantes estruturais são constituídos pelos contextos socioeconômicos e políticos, administração governamental, políticas macroeconômica, social e de saúde, bem como valores e normas culturais e sociais. Esta estrutura molda ou influencia a posição social, o nível de educação, o tipo de ocupação, rendimento e questões de gênero, raça/etnia. A relação entre estes elementos é de influência recíproca, pelo que se depreende pelos elementos gráficos. Destes determinantes resultam as condições ou circunstâncias materiais, a coesão social, fatores psicossociais, comportamentos e fatores biológicos, que por sua vez são abordados e influenciados pelos sistemas de cuidados em saúde. Este conjunto impactará na distribuição do bem-estar e da saúde que, por sua vez, interagem com os elementos estruturais representados nos dois primeiros retângulos.

O esquema que representa o modelo conceitual que ancora a proposta da Comissão indica uma complexa interação entre processos macro e a produção de saúde-doença. Entretanto, esta complexidade não é verificada na análise da totalidade do documento, como já exposto anteriormente.

Já a Comissão brasileira adota outro esquema explicativo. Após estudos dos diversos modelos conceituais que buscam explicar os determinantes sociais da saúde e a geração das iniquidades optou pela proposta de Dahlgren e Whitehead. A

escolha foi justificada por se tratar de uma apresentação de fácil compreensão e visualização gráfica, tornando-se acessível para diversos públicos.

Figura 2 – Modelo Conceitual Adotado pela CNDSS



Fonte: CNDSS, 2008.

Além de trazer a figura, o esquema está detalhadamente explicado no texto, conforme se transcreve:

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. (...) os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização (CNDSS, 2008, p. 22).

Em ambos os esquemas, está dada a compreensão de que o nível de estudo influencia nas possibilidades de emprego e, conseqüentemente, no nível de renda. A carência de acesso aos serviços médicos, à alimentação adequada, à moradia e demais bens resultam da insuficiência de renda. As ações são direcionadas para atuação junto aos determinantes, no sentido de minorar as desigualdades em saúde resultantes dos mesmos, de forma a oferecer oportunidades às pessoas.

o enorme ônus das doenças, responsáveis por mortes prematuras, tem origem em grande parte devido às condições que as pessoas nascem, cresce, vivem, trabalham, envelhecem e que estas podem lhe conferir liberdade para viver a vida como quiserem (SEN APUD OMS, 2010, p. 28).

Autores como Amartya Sen (Sen, 2000) e John Rawls (Rawls, 1999) enfatizam a importância de eliminar todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercer sua condição de cidadão. As precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira são privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social (CNDSS, 2008, p. 20).

A abordagem dos determinantes também cita bastante a questão de aliar desenvolvimento econômico com desenvolvimento social, indicando um alinhamento político com a vertente do neodesenvolvimentismo ou da terceira via, visto que prevê desenvolvimento econômico com políticas sociais que assegurem justiça razoável no alcance e distribuição de alguns benefícios.

Resumidamente, o neodesenvolvimentismo propõe um desenvolvimento econômico e social aliados, onde a intervenção do estado na economia caminha juntamente com a área social. Essa perspectiva emerge como alternativa frente ao fracasso do neoliberalismo para atenuar os impactos sociais e econômicos que este trouxe.

O trabalho da Comissão materializa uma nova abordagem ao desenvolvimento. A saúde e a igualdade na saúde podem não ser o alvo principal de todas as políticas sociais, mas deverão constituir um resultado fundamental. Tome-se como exemplo a importância dada pelas políticas centrais ao crescimento econômico: o crescimento econômico é, sem dúvida, importante, em especial para países pobres, uma vez que representa a possibilidade de disponibilizar recursos para investimento na melhoria das vidas da população. Porém, o crescimento por si só, sem políticas sociais adequadas que assegurem uma justiça razoável na forma como os benefícios alcançados são distribuídos, traz poucas vantagens à igualdade na saúde (OMS, 2010, p.1).

O princípio da justiça social é evocado na ótica da igualdade de oportunidades ou de capacidades, tendo como principal teórico Amartya Sen, que entende a necessidade de desenvolvimento social ao lado do econômico no sentido da ampliação das capacidades de liberdade dos indivíduos. Ao longo de ambos os documentos são feitas referências a alguns teóricos da economia e ciência política, dentre eles John Rawls e Amartya Sen, sendo que a maior evidência é conferida a este último.

Amartya Sen, economista indiano, prêmio Nobel de economia em 1998 e um dos responsáveis pela construção do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), é conhecido como o teórico do desenvolvimento como liberdade. Em sua compreensão de desenvolvimento, associa-o à eliminação da privação de liberdades. Ao estudar sobre as questões da desigualdade e da pobreza, compreende que a igualdade não deve se focar apenas na renda, nos bens materiais. Entende que as pessoas precisam de igualdade para funcionar, sendo que isto significa não ficar doente por doenças evitáveis, poder viver, poder estar nutrido e bem vestido, etc. (CASTELLO, 2012; MARANHÃO, 2012).

Retira o foco de análise da renda e direciona para as capacidades das pessoas, dissociando desigualdade de renda da desigualdade de capacidades, pois a renda não poderia ser entendida como um fim em si mesmo, mas do ponto de vista do que as pessoas podem fazer com ela. Assim, na sua concepção, as pessoas precisam de capacidades, que consistem em oportunidades de escolha, ou seja, estariam atreladas à liberdade para que consigam optar pela forma de vida que valorizam.

Aborda o desenvolvimento enquanto ampliação das liberdades das pessoas, isto é, aumento de suas capacidades para escolherem a vida que desejam. Então, fala nas liberdades substantivas (liberdade como fim) e nas liberdades instrumentais (liberdade como meio). As instrumentais consistem em liberdades políticas, facilidades econômicas, oportunidades sociais, garantias de transparência e segurança social. Estes meios habilitam os sujeitos para o exercício da liberdade.

Para o teórico, os bens devem ser analisados pela ótica da liberdade que conferem às pessoas e não por si mesmos. Assim, a questão central não é a riqueza em si, mas sua utilidade. A privação de liberdade não se resumiria a insuficiência de renda, mas ao não acesso a serviços de saúde, à fome, à desigualdade de gênero,

à falta de democracia. Concebe bem-estar não restrito às condições materiais e, sim, relacionando-o à valoração que os indivíduos atribuem às coisas que desejam para si. Valoriza a liberdade que as pessoas têm para escolher o bem-estar que valorizam, liberdade como valor em si próprio, não pelos resultados alcançados em função dela. O crescimento econômico, então, é um instrumento de bem-estar e este se relaciona com aumento de liberdade (CASTELLO, 2012; MARANHÃO, 2012).

Percebe-se que diferente de Rawls, que trata da igualdade de oportunidades, para Sen, a questão está na igualdade de capacidades. Entende que os indivíduos precisam ter acesso às oportunidades sociais (saúde, educação básica, etc.), visto que estes ampliariam suas capacidades para, então, exercerem sua liberdade. O teórico se posiciona pela a ampliação das capacidades das pessoas que poderão, então, auferir renda e superar a pobreza por si próprias.

Embora seja reconhecido por ser contrário às medidas neoliberais, Sen defende a economia de mercado e a aliança entre o crescimento econômico e as melhorias na vida das pessoas, sem interferência na lógica mercantil que, em sua concepção, oferece oportunidades de crescimento. Assim, o Estado deveria ter intervenções pontuais no sentido de garantir o acesso ao bem-estar, pela ótica da equidade social.

Logo, sua ideia de equidade está atrelada ao mercado, pois a intervenção haveria de ser no sentido da ampliação de capacidades para a inserção no mercado. O problema já não estaria mais na concentração de renda e propriedade e sua consequente desigualdade social. Por esta lógica, as forças sociais não devem lutar contra esta estrutura geradora de desigualdade e por políticas sociais redistributivas, mas por políticas focalizadas aos mais necessitados.

A saúde se insere nesta concepção, ao lado da educação, como instrumento para melhora das capacidades individuais para inserção no mercado. As pessoas teriam liberdade para desenvolver suas habilidades pessoais e passarem de excluídos para incluídos no mercado e, então, auferir renda e mudar sua condição.

Entende-se que incorre em uma individualização extrema, característica da atual sociabilidade do capital. Subtrai o fato de se viver em uma estrutura social perversa e cada vez mais desumana em sua fase de financeirização e mundialização do capital. A ideia de liberdade vinculada ao mercado naturaliza esse mecanismo como única forma de alcance da primeira. Parece ilusória esta proposta

quando se vive em um mundo onde não há emprego para todos. Ademais, fornece as bases para políticas focalizadas, orientadas sob o nobre princípio da equidade, em sua acepção completamente diferente daquela descrita por Marx.

Por este ponto de vista pode-se inferir que subjaz a concepção de saúde própria do capitalismo, enquanto regularidade anatômica e funcional do corpo (mão de obra) para o trabalho. Como se houvesse emprego digno para todos, como se o mercado absorvesse todos. É importante lembrar que a reestruturação produtiva acarretou em redução de postos de trabalho e paralelamente intensificação do trabalho.

O que se constata é que estas ideias fazem parte das estratégias para manutenção da burguesia como classe dominante. É fundamental ter claro que as contradições do capitalismo o levam a buscar permanentemente mecanismos para manutenção de sua hegemonia. A proposta do desenvolvimento como liberdade perfila-se às promessas de desenvolvimento econômico aliado ao social mantendo o mercado como mecanismo regulador.

Diante de mais uma das estratégias do capitalismo diante de suas crises, atualmente configuradas no neodesenvolvimentismo, não há espaço para a consciência ingênua, há que se ter clareza de que não há como haver igualdade nos marcos deste sistema. Somente com a participação política de massas é que ocorrerão as mudanças estruturais, mas para tanto é preciso consciência acerca desta estrutura para que as mobilizações não se restrinjam ao entorno dos efeitos do sistema. Nesse sentido, entende-se que o referencial teórico adotado exerce papel fundamental.

É interessante observar o tipo de conhecimento valorizado, que dá indícios à concepção de ciência validada. Buscaram estudos baseados em evidências para provar a associação entre elementos sociais e eventos de doença, passando a informação de entendimento de uma relação linear de causa-efeito e fundada na ciência positivista.

Para elaboração de suas propostas, reuniram provas acerca do que é possível ser feito e dos seus resultados práticos para a redução das injustiças na saúde (p. 44). A escolha dos determinantes sociais se deu através de provas que indicassem a causalidade e sobre as ações que podem ser feitas para a mudança no quadro de desigualdades em saúde.

Pela sua natureza muitos dos determinantes sociais ponderados pela Comissão são relativamente distantes, a nível espacial e temporal, dos indivíduos e da experiência de saúde. Isto constitui um desafio, tanto a nível conceitual, como empírico, ao tentar atribuir causalidade e demonstrar eficácia na ação sobre a igualdade na saúde. Ao escolher a gama de determinantes sociais em que se concentrar, a seleção da Comissão baseou-se na coerência da base global de provas – ou seja, uma mistura de plausibilidade conceitual, disponibilidade de provas empíricas de apoio e a consistência da relação entre e dentro das populações – e a demonstração de que estes determinantes se prestam a intervenção (OMS, 2010, p.44).

Foram escolhidas áreas que consideraram possíveis de impactar e que já se tenha registrado algum êxito de intervenções devidamente documentadas na literatura científica. O enfoque dos DSS é bastante pragmático e oferece diversificadas possibilidades interventivas, inegavelmente importantes, ainda que não alterem a estrutura primária de geração das desigualdades.

Entretanto, deve ser pontuado que, pela sua abordagem dos determinantes através de provas de sua causalidade na saúde / doença e possibilidades de intervenção, indica que perpassa uma leitura de que questões mais amplas e seu entrelaçamento com a saúde não são prováveis, verificáveis por observação empírica através dos métodos cientificamente reconhecidos, portanto, não prováveis, não existentes. Ainda, consiste numa ciência amparada no positivismo.

Até mesmo a escolha por uma abordagem dita científica denota a ausência de intenção de tocar nas questões estruturais; e mais, duvida de sua implicação na saúde ao dizer que não há provas suficientes. Acaba atuando no sentido de um otimismo de possibilidades de ações que não alteram ou questionam a estrutura geradora e mostra uma visão positivista de compreensão da realidade. As provas que mostram ser possível superar as desigualdades parecem sugerir a probabilidade científica de um capitalismo humanizado.

Referentemente às alternativas de ação, apontam espaços ou esferas que podem ser alvo das intervenções. As ações devem incidir sobre as circunstâncias da vida cotidiana e os impulsionadores estruturais, descritos na ordem que seguem:

Diferentes exposições a influências causadoras de doença no início da vida, os ambientes social e físico e o trabalho, associados à estratificação social. Dependendo da natureza destas influências, diferentes grupos terão diferentes experiências de condições materiais, apoio psicossocial e opções de comportamento, que os tornam mais ou menos vulneráveis a saúde deficitária; reações dos cuidados de saúde à promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento das enfermidades (OMS, 2010, p. 44).

A Comissão da OMS entende que a ação constitui investimento de longo prazo e que requer ação imediata e mudanças nas políticas sociais, acordos comerciais e ação política; que no centro está a capacitação das populações, comunidades e dos governos que ainda não podem contribuir nesse sentido. Afirma existirem os meios exequíveis e o conhecimento, dependendo, então, de vontade política.

A comunidade global é capaz de corrigir este panorama; porém, tal requer ação urgente e permanente a nível global, nacional e local. As desigualdades profundas na distribuição do poder e das estruturas econômicas, globalmente, são de particular importância para a igualdade na saúde. De forma alguma isto implica ignorar outros níveis de ação. Os governos nacionais e locais podem agir em muitos campos; a Comissão manifesta-se impressionada com a capacidade de ação da sociedade civil e dos movimentos locais, que prestam ajuda local imediata e pressionam os governos para a mudança (OMS, 2010, p.1).

A CNDSS também fornece indicações de ação e pauta-se na ótica da Promoção da Saúde. Assim como o relatório da OMS, implicam a participação e a intersectorialidade nas ações.

Para que as intervenções nos diversos níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas em três pilares básicos: a intersectorialidade; a participação social e as evidências científicas (CNDSS, 2008, p. 148).

Considerando-se que em uma das camadas do modelo incorporado pela Comissão estão os estilos de vida, sendo, também, um dos focos de ação, considerações são pertinentes. As ações assim dirigidas exigem cautela na sua implementação, pois compreende-se que não há total liberdade de escolha por um ou outro estilo, há condicionamentos. Mesmo que as pessoas façam escolhas que possam implicar comportamentos saudáveis ou nocivos à sua saúde, essas escolhas não estão desconectadas da totalidade social, estão situadas em contextos familiares, econômicos, culturais, políticos e históricos.

Segundo Barata (2009a), os estilos de vida ou comportamentos individuais são apenas as evidências imediatas de todo o processo de determinação e mediação das desigualdades sociais em saúde. A autora constata que os países de tradição liberal entendem a responsabilidade pela saúde dos indivíduos como exclusivamente destes.

Ora, eximindo o modelo de desenvolvimento de qualquer responsabilidade sobre isto, um dos perigos das abordagens centradas em estilos de vida, como a tradicional educação em saúde, que propunha mudanças muitas vezes inviáveis mediante os contextos nos quais os indivíduos estão inseridos, reside na culpabilização do sujeito pela sua condição de vida e saúde.

O relatório da OMS afirma dispor dos conhecimentos necessários para a construção de soluções de forma a impactar nas possibilidades de vida das pessoas e promover melhoria na igualdade na saúde. Os conhecimentos tratam de metodologias de ação sobre os fatores ou determinantes, ou seja, não se referem à alteração da produção social da saúde e da doença.

(...) os conhecimentos necessários para provocar diferenças de grandes dimensões nas possibilidades de vida das pessoas e, por conseguinte, para provocar melhorias concretas na igualdade na saúde, existem. Somos realistas: impera iniciar imediatamente a ação. O material necessário para desenvolver soluções para as desigualdades gritantes dentro e entre países constam do Relatório da presente Comissão (OMS, 2010, p.1).

A comissão faz recomendações a partir de três princípios de ação: melhorar as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; quantificar, compreender e avaliar o impacto da ação. Acredita que a alteração dos determinantes sociais da saúde levará a melhorias na igualdade das condições sanitárias (OMS, 2010).

Ambos os documentos apresentam possibilidades de atuação imediatas, o que é aproveitável. A grande crítica, ao menos para o foco desta discussão - o resgate do caráter transformador da RSB -, reside no potencial de esvaziamento de conteúdo revolucionário do conceito de determinação social, originário da produção científica da Epidemiologia Crítica, Medicina Social latino-americana e Saúde Coletiva brasileira; agora carimbado pela OMS, porém muito diferente. Pondera-se, assim, o risco da esterilização do mesmo através desse reducionismo.

6 PELA RETOMADA DO POTENCIAL REVOLUCIONÁRIO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Os inegáveis avanços no campo da saúde devem ser entendidos como conquistas, possíveis pela mobilização de forças sociais que atuaram na reivindicação por direitos, coadunando no entorno do projeto da RSB. As características originais deste projeto remetem a um caráter revolucionário, tendo em vista suas pretensões transbordarem o setor saúde, apontando para mudanças societárias. Buscando captar e retomar esse potencial transformador, apontam-se, neste capítulo, os princípios e fundamentos do projeto da RSB, bem como sua interdependência com as construções teórico-conceituais orientadoras da práxis.

6.1 PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DA RSB: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

A Reforma Sanitária não acabou. Esta afirmação é recorrente entre pensadores e defensores deste projeto, como Paim (2008), Bravo e Mattos (2004), Bravo e Menezes (2011), Bravo e Correa (2012), Fleury (2009; 2009b), Cohn (2009), dentre outros. A afirmação da saúde enquanto direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado, a explicitação de que isto deva ser feito através de políticas sociais e econômicas para redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como a referência ao acesso às ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e recuperação à saúde foram grandes conquistas históricas da sociedade brasileira. Resultaram de aproximadamente duas décadas de defesa por ideais, capitaneada pelo movimento da Reforma Sanitária e culminando com a conquista de um espaço diferenciado no texto da Constituição Federal de 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8142/90.

Desde então, desenvolveu-se, um arcabouço jurídico-institucional importante para viabilização deste direito. Entretanto, a Reforma Sanitária não findou. Muitos dos seus ideais ainda permanecem pendentes, sem a devida materialização. Conforme explicitou Arouca (2010), os preceitos da reforma sanitária não se resumiam na criação do SUS, apontando a necessidade de se retomá-los e chamando a atenção para a necessidade de discussão do tema como função de

Estado permanente tendo em vista a ligação existente entre trabalho, saneamento, lazer e cultura nos conceitos de saúde-doença.

Contudo, nas décadas de estruturação do SUS, as discussões sobre a Reforma Sanitária e os grandes temas a ela relacionados expressivamente trabalhados nas décadas de 1970 e 1980, foram gradualmente perdendo espaço na produção de conhecimento da área da saúde (PAIM, 2008; COHN, 2009). Nas palavras de Cohn (2009, p. 1615):

(...) verifica-se um deslocamento na produção, acadêmica e não acadêmica, das grandes questões envolvidas na proposta original da Reforma Sanitária – democracia, papel do Estado, dimensões estruturais do processo saúde/doença, projeto nacional de nação – para estudos de caráter pragmático e tecnicista.

A criação do SUS não representa o alcance do projeto global da RSB. A Reforma Sanitária abarcava uma série de bandeiras de luta que – segundo a perspectiva da vertente mais crítica - tinham como horizonte a construção de outra ordem societária. Bravo e Correa (2012) expõem sobre a vinculação do projeto da RSB a um projeto societário que tem na democracia de massas o seu fundamento. Na contracorrente dos discursos sobre reformulação da reforma atrelada ao SUS possível, reafirma-se o vigor e a atualidade do ideário da RSB, que precisa ser fortalecido no atual cenário de disputas em andamento, o que demanda reflexão e debate. Para isto, impõe-se a necessidade de discutir o tema da reforma, o que implica retomar os seus princípios, como bem expresso por Arouca:

O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que pra se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o eu queremos para a sociedade brasileira (NASCIMENTO, 2001, p. 6).

Paim (2008), após revisar autores da reforma sanitária, sintetiza sua definição afirmando que consiste em uma reforma social com os seguintes elementos centrais: democratização da saúde, democratização do Estado e democratização da sociedade e da cultura. Conforme o autor, a democratização da saúde está necessariamente atrelada à elevação da consciência sanitária, ou seja, a consciência acerca da saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde. A questão da democratização do Estado implica que o processo decisório se

dê de forma descentralizada, com controle social e tensionando pela ética e transparência governamental. Sobre a democratização da sociedade e da cultura, refere-se ao acesso aos espaços de organização da economia e da cultura através da produção e distribuição justa da riqueza e do saber socialmente construídos, de mudanças nas políticas públicas e nas práticas de saúde, de uma reforma intelectual e moral.

Para Fleury (2009b), o projeto de construção de um novo patamar civilizatório, defendido pelos sujeitos da RSB, atrelava-se a substantivas transformações nos âmbitos cultural, político e institucional no sentido da viabilização da saúde como bem público. A autora elenca os princípios orientadores deste processo:

Um princípio ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde/doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa, até a reabilitação (2009a, p. 477).

Na busca da compreensão da RSB, a autora defende, entre suas hipóteses, a presença de alguns elementos constitutivos deste processo: a generalização da consciência sanitária, a construção de um paradigma analítico fundado na determinação social da saúde e da organização das práticas, o desenvolvimento de uma nova ética profissional, a construção de um arco de alianças políticas em torno da defesa do direito à saúde, a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social do sistema de saúde (FLEURY, 2009a; 2009b).

Fleury (2009a; 2009b) entende que o projeto da RSB é construído através de três processos: de subjetivação, de constitucionalização e de institucionalização. A subjetivação refere-se à construção de sujeitos políticos, a constitucionalização aborda a questão da garantia de direitos sociais e a institucionalização diz respeito ao aparato institucional (2009a). Conforme a autora, nos últimos anos observou-se a ênfase aos processos de institucionalização e constitucionalização, havendo necessidade, hoje, de fortalecer os processos de subjetivação.

(...) a ênfase atual nos aspectos legais e institucionais termina por deixar de lado a necessidade de retomar, permanentemente, o caminho da construção dos sujeitos políticos da reforma. A formação de identidades, a difusão da consciência sanitária, a organização em coalizões sociais em defesa de uma reforma radical são as únicas maneiras de superar os

entraves atuais e aprofundar a democratização da saúde. A subversão continua sendo poder pensar que a democratização da saúde é uma utopia para a qual, hoje mais do que nunca, temos condições de construir e assim transformar o Estado e a sociedade brasileira (FLEURY, 2009b, p. 749).

Para Fleury (2009; 2009b), um dos entraves para a concretização dos ideais da RSB repousa na desigual distribuição de recursos e poder entre os sujeitos da institucionalidade estatal, havendo a tendência de favorecimento dos interesses de grupos gestores e corporativos. Estes novos atores emergiram a partir da constitucionalização e institucionalização do SUS e passaram a predominar na cena política. Dessa forma, a construção de sujeitos políticos, processo característico do período inicial do movimento sanitário, constitui um indicativo para as tarefas a serem edificadas pelos defensores do projeto integral da RSB, reconstruindo a capacidade de mobilizar forças e tensionar o instituído.

Conforme a análise de Cohn (2009), urge a retomada do conteúdo emancipatório do projeto da RSB, relegado e abdicado nos anos de institucionalização do SUS. Expressa preocupação com a tendência de tecnificação da política nas atuais análises, a despolitização da participação social e o esquecimento dos temas debatidos pela RSB, como a universalização versus focalização, regulação do setor saúde pela lógica do SUS e não do setor privado, a relação Estado/sociedade e público/privado (2009). Entende que o conteúdo político e social da saúde, objeto de ações emancipatórias, precisa ser resgatado, da mesma forma que a rearticulação entre projetos setoriais e projetos societários. Ainda, que os projetos para a saúde devem rearticular a dimensão técnica e social, para o que é preciso a requalificação da dimensão política (COHN, 2009).

Ainda nesta linha, acerca da retomada da mobilização política, em 2005 constituiu-se o Fórum da Reforma Sanitária, composto por entidades como CEBES, ABRASCO, ABRES, Rede Unida e AMPASA, que lançaram um manifesto por ocasião do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, onde destacaram os desvios no caminho de implementação do SUS frente ao modelo econômico excludente, o subfinanciamento do SUS, o caráter residual das políticas públicas, dentre outras questões. No documento (ABRASCO, 2005) clama-se pela realização da Reforma Sanitária Brasileira, reafirma-se o atrelamento do movimento pela RSB a um projeto civilizatório calcado nos valores da solidariedade e da justiça social com

políticas universalistas e igualitárias e ergue-se a convocatória pela mobilização social, política e institucional em torno dos direitos fundamentais e da saúde.

No caminho do fortalecimento das lutas pela RSB, surge no ano de 2010 um novo sujeito coletivo, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Resultante de deliberação do Seminário Nacional “20 anos de SUS: lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal”, congrega Fóruns de Saúde de diversos estados e intenta articular movimentos sociais, partidos políticos, sindicatos e entidades engajadas na luta pela saúde, tendo como principal elemento aglutinador o questionamento acerca dos novos modelos de gestão - a partir de Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH). Este movimento também se caracteriza pela assunção de duas questões fundamentais, bem colocadas nas palavras de Bravo e Correa (2012, p. 145):

Duas questões cruciais nas lutas da Frente Nacional que retomam a essência do Movimento da Reforma Sanitária dos anos 1980 têm sido diminuídas ou mesmo negadas para os que têm falado em nome da Reforma Sanitária Brasileira. A primeira é a retomada da mesma luta que mobilizou o Movimento da Reforma Sanitária, a luta contra a privatização, ou seja, a negação da saúde como mercadoria e fonte de lucro, e a defesa intransigente da saúde pública. A segunda é a retomada da concepção de saúde dentro da determinação social do processo saúde e doença.

O estudo e a análise de diversos autores dedicados ao tema da Reforma Sanitária fornecem alguns indicativos acerca de bandeiras de luta que precisam ser resgatadas, processos que devem ser edificados pelo movimento em defesa da RSB. Os apontamentos considerados relevantes para tal empreitada são mais bem trabalhados na próxima seção.

6.2 A RSB E SEU FUNDAMENTO CIENTÍFICO: O REENCONTRO COM A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Conforme aponta o estudo sobre a RSB, suas principais bandeiras empunhadas referem-se ao reconhecimento da saúde como direito de todos, responsabilidade estatal pela sua provisão, a melhoria das condições de saúde das pessoas, a adoção de um modelo assistencial orientado pela integralidade. Pois

bem, pergunta-se: estas são questões ultrapassadas? Entende-se que não, que são extremamente atuais e ainda demandam ações para sua concretização. Mas que ações são estas? Novamente recorrendo aos estudos sobre a RSB e seu projeto original - que já se explicitou: continua atual – fundamentalmente têm caráter político e ideológico.

Identificam-se alguns elementos a serem resgatados pelos sujeitos que atuam pela materialização do projeto da RSB em sua integralidade. Dentre eles, destaca-se: a repolitização do debate na área, a articulação com outros movimentos sociais, a retomada das lutas por mudanças sociais, a construção da consciência sanitária.

A politização faz-se necessária ante a tendência de tratar as questões de saúde apenas do ponto de vista técnico e gerencial, sob a ótica de uma pretensa neutralidade ideológica. Considerando a persistência do cenário de disputas entre diferentes projetos de saúde na sociedade, o da RSB, com caráter socializante e democrático; o do mercado, com interesse na lucratividade dos serviços de saúde; e o da RSB possível, como identificam Bravo e Correa (2012), que abdica de muitas bandeiras de luta da proposta original e contenta-se com o que é dado na atual conjuntura, é impossível afirmar a ausência do aspecto político-ideológico. Isto é, carregam formas de ver o mundo e intencionalidades divergentes.

Por isto, reafirma-se premência pela (re) politização das atuações em saúde, visto que a conscientização acerca dos interesses em jogo, dos reais processos que geram as desigualdades, bem como a mobilização e organização em torno de estratégias para combatê-los remetem a esse aspecto. Somente assim o movimento poderá fazer frente aos processos de privatização que estão ocorrendo no setor e colocam em risco o bem-estar de toda a população. Na busca dessa politização, é preciso que o setor saúde se desprenda de suas amarras, de suas análises internalistas, é necessário retomar o debate de questões mais amplas, intimamente relacionadas com a luta pela saúde e que apontam para a construção de um projeto alternativo de sociedade.

Neste sentido, há que se recuperar a luta por mudanças sociais, estruturais, articulando-se a movimentos que lutam contra o instituído, tendo como horizonte outro projeto de sociedade. A ausência deste projeto em vista conduzirá à tarefa resignada, e em vão, de buscar tão somente a humanização do capitalismo. Ou seja, esse outro projeto está atrelado à transição para socialismo, enquanto possibilidade histórica a ser conquistada pela humanidade. Atualmente, esta

discussão não aparece no debate da saúde coletiva e, paradoxalmente, foi um dos grandes direcionamentos da RSB. O tensionamento por mudanças que incidam nas condições sociais e na qualidade de vida das populações perpassa este tema.

Resgatar o projeto da RSB também aponta para a radicalização da democracia. Se na época de emergência do movimento da RSB as lutas estavam situadas contra a ditadura e pela redemocratização do país, tendo em vista o entendimento da intrínseca relação entre democracia e saúde, hoje a questão ainda é atual. Ainda que se viva em tempos de democracia política, é preciso avançar para a democratização da riqueza, da cultura, do conhecimento, do espaço territorial, etc.

Neste aspecto, pode-se dar o exemplo da atualidade e da necessidade referentes à exigência de uma política de Estado que não priorize o capital, que não adote um modelo de desenvolvimento que está deteriorando o ambiente e as possibilidades de vida, que não coloque em risco a vida dos seus habitantes em nome de interesses econômicos, como os de grupos ligados ao agronegócio e à indústria de medicamentos e empresas de serviços médicos. Ora, a atualidade destas questões remete àquela antiga reivindicação da proposta original da RSB.

Esta questão envolve o deslocamento do poder para as populações subalternizadas visando à construção de uma democracia de massas, o que implica na construção de uma consciência sanitária. Este conceito tão caro ao movimento da RSB consiste em tornar consciente o entendimento da saúde enquanto direito inalienável, bem como processo socialmente determinado. Permite transcender o entendimento de saúde estritamente vinculado à medicalização e à prática médica, remetendo à compreensão de que os problemas de saúde ou que geram saúde-doença tem raízes na estrutura social e, portanto, demandam ações para além do setor.

Este elemento guarda um potencial desalienante e impulsionador para a constituição de sujeitos políticos que vão ocupar a arena de disputas em busca da plena efetivação de tudo aquilo que compõe a síntese saúde. É condição imprescindível para a exigência de cumprimento das funções e obrigações do Estado, que deve efetivamente universalizar os direitos previstos na carta constitucional e atender às demandas das classes dominadas.

Ademais, impacta na edificação de ações que visem à supressão da desigualdade social. Para tanto, é preciso identificar a gênese das desigualdades, originadas pela forma de organização social para a produção e suas relações.

Obviamente que a luta por outra sociedade não imobiliza para outras ações. Pelo contrário, esta clareza proporciona intervenções no sentido de impor limites ao capital e buscar ganhos à classe trabalhadora, bem como desempenhar uma atuação política que exija um modelo de desenvolvimento que se proponha a suprimir as desigualdades sociais, ainda que progressivamente.

É imprescindível que os sujeitos se apropriem de questões como financiamento para ter clareza do quanto o Estado gasta em saúde e o quanto se arrecada, bem como de quem, por quais fontes. É preciso discutir política tributária e exigir que haja maior tributação na renda, nas grandes fortunas e não no consumo, para que atinja os mais ricos. É fundamental a exigência por um sistema público de saúde de responsabilidade estatal, e não mediado através do mercado. Somente assim o mesmo será universal tanto do ponto de vista do acesso quanto da qualidade.

Cabe aqui esclarecer que não se entende a universalidade apenas relacionada ao acesso aos serviços assistenciais do setor saúde. Engloba a possibilidade e o direito de todos a uma forma de viver que priorize o humano. Isto é, a possibilidade de uma alimentação livre de manipulação genética, de inseticidas e pesticidas, largamente utilizados para aumentar a lucratividade em tempos recordes; de habitar em uma atmosfera livre de contaminação; de trabalhar de forma saudável, enquanto atividade potencializadora de processos benéficos e não destrutivos; de praticar esportes; de ter a cultura e a identidade valorizadas e respeitadas; de ter possibilidade de lazer e convivência familiar e comunitária.

Certamente, estas lutas não se esgotam no âmbito de um setor e necessariamente implicam em articulação com outros movimentos que reivindicam diversos direitos, com atores que apresentam objetivos similares. A necessidade desta rearticulação do movimento sanitário com outras forças sociais assume relevância estratégica para recomposição das bases políticas e ideológicas na conformação de um bloco histórico contra-hegemônico.

Este aspecto remete novamente à superação da discussão restrita ao âmbito do setor, isto é, a saúde precisa extrapolar os muros dos debates endogenistas e inserir na pauta de suas discussões temas relacionados ao viver em sociedade, o que na verdade é intrínseco às condições de vida e ao processo saúde-doença. Implica no resgate do projeto civilizatório pretendido pela RSB. Assim, sua busca pela luta por hegemonia ressalta o teor político e ideológico inerente ao campo das

políticas sociais e a necessidade de aglutinação de forças que tenham como horizonte a emancipação humana.

Todo esse contexto impõe a necessidade de consistentes análises históricas. Não bastam constatações dos resultados, é preciso conhecer a origem dos processos em curso. Nesta discussão, os referenciais teórico-conceituais assumem importância fundamental. Comportam potencialidades e/ou limitações para análise e interpretação dos fenômenos e da dinâmica da realidade. A interpretação causal, por exemplo, proporciona uma leitura parcial do real e interdita a compreensão da totalidade maior da qual fazem parte os processos particulares. Já a noção da determinação permite visualizar que o mais complexo impõe limites de desenvolvimento ao menos complexo, numa relação dialética e não linear.

A leitura de totalidade presente na teoria da determinação social da saúde constitui uma das principais características de sua potencialidade por possibilitar a identificação da complexidade que envolve o fenômeno saúde-doença e, conseqüentemente, conduzir a ações em diversas frentes que se articulam a esse processo. O remeter à compreensão do todo, buscando recaptar sua relação com as partes – que não podem ser entendidas por elas mesmas sem a conexão com os processos gerais –, permite a ampliação do olhar para além das formas imediatas como se apresentam os fenômenos no cotidiano. Isto é, articula à análise do objeto as formas de organização social para a produção e distribuição da riqueza, gênese dos processos de exploração, subalternização e desigualdade encontrados na sociedade.

Entende-se que fornece chaves heurísticas o trabalhar com as categorias do materialismo histórico e dialético da totalidade, da contradição, ao explicitar a luta de classes, explicar a dinâmica da produção e reprodução material e social. Torna visível a relação saúde e sociedade ao explicar o fenômeno saúde-doença não restrito à dimensão biológica, ampliando o horizonte de possibilidades de estudos e intervenções, bem como permitindo a associação do tema à transformação da realidade como um todo e não meramente setorial.

Constatou-se, ainda, que fundamento teórico-conceitual tem força para o resgate da luta ideológica e política da RSB por transcender a dimensão imediata e oferecer maior consistência teórica e política às análises. Nesse sentido, proporciona a desnaturalização dos fenômenos, a destecnificação da saúde e o

desocultamento dos processos econômicos, sociais e políticos que compõem a área.

A teoria da determinação é uma corrente crítica na epidemiologia e está explicitamente posicionada pela superação da ordem social estabelecida e perfilada aos interesses da classe explorada pelo capital. Considerando que os referenciais adotados influenciam nas posições políticas, esta teoria se apresenta enquanto força contra-hegemônica no cenário político e intelectual. As intervenções orientadas por esta perspectiva estão assumidamente comprometidas ética e politicamente com a construção de uma sociedade mais igualitária. Esta busca remete necessariamente à explicitação da concentração de renda, da exploração capitalista, da apropriação privada dos meios de produção. Somente de posse da clareza desses processos e sua intrínseca vinculação com a vida no cotidiano e o processo saúde-doença é que se pode avançar na luta por mudanças.

Ainda que se encontre em muitos discursos o argumento de que as modificações das macrodeterminações estariam fora do âmbito do sistema de saúde, no sentido de sua possibilidade de atuação direta, entende-se que a atuação política que se dá a partir de clareza teórica e opções ideológicas encontram espaço frutífero nesta construção teórica. Primeiro, porque saúde é um bem da humanidade, todos almejam, seja qual for a definição que lhe derem. Segundo, porque, ao menos no Brasil, há uma expertise no assunto de luta e mobilização pela luta por esse direito. Assim, em vez de concentrar esforços demasiados em ações pontuais voltadas às doenças – atividades que obviamente têm sua importância -, a atuação em intervenções mobilizadoras, que construam e ampliem a consciência sanitária em direção ao tensionamento por mudanças e ganhos maiores, são fundamentais.

A questão da ordem prática das ações também está contemplada quando se trata dos processos que envolvem coletividades. A luta por regulamentações que protejam o ser humano, que imponham limites ao capital, é necessária e de ordem prática. Pesquisas que apontem os processos que deterioram a saúde e a vida são de relevância tão importante quanto as ações que se desenvolvem em uma unidade básica de saúde. Também na dimensão dos processos singulares a intervenção esclarecida por este referencial é substancialmente qualificada.

Certamente que cada âmbito tem suas possibilidades de intervenção circunscritas em suas margens de domínio, entretanto, uma explicação que contemple a totalidade dos processos imbricados, que evidencie a transcendência

da saúde aos serviços assistenciais e à política setorial, possibilita a ação intersetorial, ilumina intervenções mais conscientes, consistentes, menos culpabilizadoras e individualizantes, menos preconceituosas e discriminatórias.

A perspectiva da determinação instiga e promove processos de tomada de consciência, de mobilização e de ação. Respeita as particularidades e singularidades e constrói com os sujeitos as possibilidades de ação. Promove a participação da comunidade, empreende espaços de debate e compreensão das situações dentro de uma totalidade maior, debate a questão da relação público/privado e seus impactos na vida dos cidadãos.

Ainda, nesta vertente as ações de prevenção e promoção adquirem maiores possibilidades, pois também contemplam processos maiores. Isto é, a prevenção pode se dar no âmbito de processos danosos, destrutivos de ordem estrutural e não apenas local e a promoção da saúde, ou seja, promoção de um bem viver, visando alterações de questões coletivas e estruturais e não apenas de comportamentos ditos saudáveis.

Este referencial possibilitou a constituição do campo da saúde coletiva, que nasceu com uma vocação na práxis, ou seja, com o objetivo de estudar e analisar a realidade e nesta intervir para provocar transformações. Foi-se delineando a partir da crítica ao que estava instituído no campo da saúde tanto no âmbito do conhecimento quanto das práticas.

Na década de 1970, os estudos criticavam o modelo tradicional de saúde, o Estado capitalista, a medicina mercantilizada dentro de uma política de privilegiamento do setor privado, favorecendo acumulação capitalista na saúde em detrimento do atendimento das necessidades da população. Contrapunham-se ao modelo biologicista da medicina tradicional. Ou seja, já visualizavam a relação entre economia, ideologia, política, prática médica. Diante deste resgate, novamente se destaca a atualidade das questões e o potencial revolucionário do referencial teórico adotado.

A prática política voltada à transformação social foi uma das grandes marcas da saúde coletiva e da RSB na história da saúde no Brasil e na América Latina. Compunha sua análise o processo de acumulação do capital nos debates sobre grandes temas como Estado, sociedade, políticas sociais, democracia. A direção social vislumbrava outra sociedade, mais justa e solidária. Com tamanha vastidão de

horizontes de investigação, a saúde coletiva extrapolou o âmbito da medicina, compondo-se com várias disciplinas e campos do conhecimento.

Foi extremamente inovadora a construção daquele então novo campo de conhecimento, possível através da construção de rico arcabouço teórico, o qual fundamentou a RSB. A propositividade também o caracterizava, formulando propostas para um novo sistema de saúde, trabalhando as questões da democracia, cidadania e saúde, o que percorreu toda a década de 1980. Consistia numa discussão altamente politizada, que urge recuperar na atualidade.

A determinação social da saúde alimentou, moveu a RSB e o campo da saúde coletiva. Esta teoria e seus fundamentos marxistas têm potencial de conferir ao campo o caráter reflexivo e combativo que lhe caracterizaram quando da sua emergência. É relevante lembrar que a batalha das ideias também é uma expressão da luta de classes, e sem referências teóricas claras as mobilizações são facilmente incorporadas pela ordem vigente. Portanto, tendo em vista o histórico resgatado, a cena contemporânea exposta ao longo desta produção e as características apresentadas sobre a teoria da determinação social da saúde, afirma-se sua relevância e grande contribuição no resgate e fortalecimento do projeto original da Reforma Sanitária Brasileira.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta produção, procurou-se evidenciar a relevância das construções teórico-conceituais explicativas do processo saúde-doença para a RSB. Enfatiza-se que a importância deste debate reside no potencial revolucionário ou conservador que carrega, e isto tem rebatimentos sérios para a retomada da característica combativa do movimento pela RSB, bem como na orientação do conhecimento do real e no espectro de possibilidades interventivas sobre o mesmo. Além disto, não há neutralidade no conhecimento científico e os referenciais estão embebidos de ideologias, sendo preciso identificá-las.

A retomada do projeto original da Reforma Sanitária Brasileira e seu fortalecimento remetem ao resgate de seu caráter eminentemente político e ideológico. Este reconhecimento tem profundas implicações para as práticas em saúde, especialmente no sentido de perceberem estas ações enquanto uma prática social e política. Assim sendo, tem uma direção social e uma função social.

Assim, o estudo proposto intencionou problematizar as abordagens teórico-conceituais da determinação social da saúde e dos determinantes sociais da saúde inseridos numa totalidade constituída por disputas históricas entre distintos projetos na área da saúde e nos marcos de uma sociedade atravessada por profundas transformações em nível mundial nas últimas décadas, com sérios impactos na garantia dos direitos.

A opção por tal leitura justifica-se pelo entendimento de que a compreensão dos fenômenos e a busca de sua essência se dão a partir de uma perspectiva de totalidade, de análise que contemple a relação dialética entre singular, particular e universal. A visão de partes, de forma isolada, não proporciona o conhecimento da realidade concreta; ao se contextualizar, observa-se que os fenômenos, incluindo as construções da ciência, integram campos de forças que representam interesses diferentes.

As evidências históricas apontam no sentido da permanente tensão entre os interesses do capital e os das forças comprometidas com a classe trabalhadora. O momento atual da política de saúde no Brasil é bastante delicado, vive-se em tempos de fortes investidas no sentido de desmonte dos direitos conquistados. O movimento sanitário passou muito tempo veiculando um discurso de “endeusamento” do SUS, o que causava perplexidade à opinião pública que, no

cotidiano, enxergava os nós do sistema: a não integralidade do atendimento, a dificuldade de acesso, a baixa qualidade do atendimento.

Paralelamente, as dificuldades do SUS e o discurso da ineficiência do Estado legitimam a ampliação do mercado de planos de saúde privados. O Estado tem sido conivente, trabalhando a ampliação deste setor por dentro do sistema público, o que pode ser observado pelas parcerias público-privadas em curso. Aos olhos de grande parte da população, a demanda por saúde relaciona-se com atendimento de qualidade e acesso fácil, seja ele público ou privado. Nesta trama, corre-se o risco de ter a opinião pública como contrária ao Sistema Único de Saúde, público e estatal como se almeja.

Atualmente, a leitura desse processo tem encaminhado para um posicionamento diferente por parte do movimento sanitário. A defesa do SUS continua, mas o que se quer é aquele previsto na legislação e na concepção do projeto da Reforma Sanitária. Entende-se que é necessário um franco debate sobre os referenciais que norteiam o movimento sanitário, visto tamanha fragmentação do mesmo, bem como os ecletismos teóricos presentes no campo atualmente. O pensamento crítico e de orientação marxista que constitui um dos elos entre os atores do movimento sanitário das décadas precedentes ao SUS não é realidade nos tempos atuais.

Urge recompor o bloco histórico que fez avançar o projeto da RSB e, para tanto, é preciso constituição de sujeitos políticos com consciência sanitária e aliança com amplos segmentos que atuam na defesa e ampliação dos direitos e têm pautas convergentes com o movimento sanitário, como sindicatos, universidades, trabalhadores, movimentos sociais e demais forças que atuam no sentido do alargamento da democracia. Dentre os muitos aspectos que estão envolvidos nestas tarefas, o referencial teórico e as explicações dos fenômenos interpretados sob sua égide têm papel substancial.

Quando se interpreta o fenômeno saúde-doença, há implicações de diferentes ordens, entre elas acerca do alcance que proporcionam: os horizontes podem ampliar-se ou restringir-se. O reconhecimento das múltiplas determinações que o fenômeno sintetiza conduz a uma compreensão onde apenas a oferta de serviços assistenciais para manutenção anátomo-fisiológica do corpo já não se faz suficiente. Abrem-se os horizontes à possibilidade de busca pela garantia do direito à saúde, como bem universal, como direito humano a um “um viver bem”, em um mundo e

uma organização social sustentável, que propicie ao ser humano desenvolver o máximo potencial dentro das possibilidades conquistadas pelo gênero humano. Já a visão restrita encontra respaldo nas explicações sobre a composição genética, ou nos estilos de vida e comportamentos individuais, não proporcionando alcance para o questionamento dos processos sociais inerentes a forma de organização da sociedade, que geram as possibilidades de vida ou morte.

Embora pareça uma obviedade afirmar a existência de relação entre as condições sociais, políticas e econômicas com as situações de saúde / doença, é necessário evidenciar este processo. As aproximações feitas neste estudo indicam que ambas as perspectivas analisadas reconhecem a articulação entre os processos sociais e os processos orgânicos e psíquicos. No enfoque dos determinantes sociais proposto pela OMS e pela CNDSS brasileira, esta relação está mais evidente em termos de influência, de elementos intervenientes e causação. Na perspectiva da determinação social, o mecanismo é o da determinação que se mediatiza por processos particulares e singulares.

Acerca do aspecto concernente à análise da sociedade, o referencial da determinação opera com crítica ao modo de produção vigente, o que não está presente no enfoque dos DSS. Neste, as discussões centram-se no que é produzido pela sociedade, ou seja, a pobreza, a desigualdade, o desemprego, e demais expressões da questão social. Em relação às teorias sociais vinculadas, a perspectiva da determinação está explicitamente perfilada ao referencial marxista. Não se encontra no enfoque do DSS essa densidade teórica. Certamente, há que se ponderar quanto à natureza das comunicações estudadas. Por razões óbvias, relativas ao papel destes organismos de cooperação entre países, não se espera um conteúdo revolucionário em um documento oriundo de uma agência de cooperação internacional.

Referentemente ao fenômeno saúde-doença, nos DSS persiste o entendimento da doença enquanto evento clínico-biológico, e os “fatores” sociais constituem causas deste evento tanto quanto os elementos de ordem orgânica e comportamental – de forma paralela. Há certa simplificação do conceito de determinação social ao tratar o social como mais um fator causal de doenças e não dar o merecido tratamento aos processos sociais imbricados na produção do processo saúde-doença.

Da leitura do documento da OMS, pode-se inferir a presença do entendimento de que questões como injustiça social e desigualdade são decorrentes de distorções e que é possível corrigi-las nos marcos deste sistema. O relatório coloca a abordagem a serviço do combate às desigualdades injustas, desnecessárias e evitáveis por medidas razoáveis, chamadas de iniquidades. Afirma que essa injustiça social está matando as pessoas. Porém, convém perguntar sobre a concepção de justiça social adotada, o que não é explicitado em nenhuma passagem do documento. Contudo, identifica-se o alinhamento às construções do teórico liberal Amartya Sen, que centra sua análise nas capacidades humanas e na sua ampliação para a possibilidade de liberdade de escolha no âmbito da economia de mercado, a qual defende sua manutenção.

Neste sentido, é preciso alertar que a luta de classes também se dá no âmbito da batalha das ideias e que é necessária clareza das referências teóricas para fazer frente neste embate entre incompatíveis interesses históricos: o das classes dominantes e das subalternas. A necessária distinção entre as abordagens também é pertinente considerando-se ao risco de esterilização e esvaziamento de significado quando ocorre a incorporação de categorias historicamente caras ao pensamento crítico, destituindo-as de seu sentido original. Tem-se a impressão de que se vive num período de certa pasteurização dos conceitos. Todas as forças sociais lançam mão de conceitos-chave, como a desigualdade e a equidade. Porém, poucos tratam da essência e da origem destas expressões, ou seja, enquanto manifestações da questão social.

A perspectiva da determinação parece contribuir para um olhar mais abrangente do processo saúde-doença e remeter a discussões maiores, que não se circunscrevem ao âmbito do setor saúde. Tal conceito implica o questionamento - com vistas a mudanças - da forma de organização para produção da vida material e social. Tem uma explícita vinculação aos interesses da classe que vive do trabalho, abordando a ampliação da consciência dos sujeitos acerca dos processos sociais em curso que camuflam a contradição essencial da sociedade capitalista, legitimando a ordem vigente.

O enfoque dos determinantes sociais apresenta potencialidades, dentre elas a denúncia das desigualdades e as experiências de ação, o que, aliás, é bastante atrativo pelo seu caráter eminentemente interventivo. Entretanto, a questão maior não é de ordem operacional, mas, sim, em relação às correntes de pensamento

entranhadas na produção, representativas de interesses próprios das classes dominantes. Além disto, é imprescindível questionar-se sobre as forças sociais que possuem e exercem maior poder de pressão nos bastidores de uma agência de cooperação internacional e que certamente moldam o direcionamento das linhas de trabalho.

Sua enfática conclamação à intervenção não pode restringir-se e reforçar as ações profissionais centradas na técnica, que trabalham mais para a reprodução das condições do que para a emancipação humana (superação do sistema), quando se carece hoje de ações politizadoras no âmbito da saúde. Considera-se inegável a necessidade de intervenções técnicas, porém sozinhas não são suficientes.

A atual conjuntura desafia à construção de ações que alterem a correlação de forças entre as classes fundamentais do capitalismo, com vistas à articulação, mobilização e atuação política de atores comprometidos com a classe que vive do trabalho. O direito à saúde – atrelado aos demais direitos sociais - implica abordar a repartição da riqueza socialmente produzida, o que entra em clara oposição à lógica de acumulação do capital. Logo, esta relação e discussão não podem ser negligenciadas e obscurecidas.

Recorrendo às palavras de Pereira (2001): é preciso tornar explícita uma questão social latente. Aqui, cabe resgatar uma pergunta fundamental feita por Pereira e que “cai como uma luva” na discussão ora proposta: “não seriam os problemas atuais um ponto de partida ou precondições constituintes da explicitação da questão social, explicitação essa que iria desnudar as contradições fundamentais do sistema capitalista?” (2001, p. 57). Compartilha-se com a referida autora quando esta explicita que mais urgente que respostas técnicas aos males causados por tais problemas é a tarefa de transformá-los em questão, cabendo aos setores progressistas, incluindo as profissões, esta importante e complexa tarefa

Precisamente neste sentido, a atuação dos assistentes sociais é imprescindível para a explicitação da contradição capital/trabalho, para a visibilidade das expressões da questão social, para o questionamento ético-político, a coletivização das demandas, necessidades e respostas, articulação e mobilização social. Desta forma, aponta-se a importância de apropriação deste debate teórico-conceitual pelo Serviço Social a fim de evitar uma incorporação acrítica de conceitos e propostas, necessitando-se envidar esforços de aprofundamento teórico sobre o tema.

Os relatórios da OMS e da CNDSS mostram uma extensa série de dados e sugere como intervir para melhoria dos mesmos, mas em momento algum fala da essência: da contradição capital/trabalho que engendra esses determinantes, incorrendo, assim, na ocultação desta contradição. Ao mesmo tempo, ao não estabelecer relações com processos sociais históricos, sua ótica pragmática e imediatista parece bastante alinhada à lógica ídeo-cultural pós-moderna, centrada nos aspectos micro, do cotidiano, o que é funcional à manutenção da hegemonia das classes dominantes.

Em verdade, as perspectivas analisadas não são necessariamente excludentes, visto que se trata de construções de naturezas diferentes, pois o enfoque dos determinantes não consiste em uma teoria explicativa, como é o caso da abordagem da determinação. Porém, alerta-se para os paradigmas que as fundamentam, completamente distintos. Enquanto o modelo dos determinantes resulta de uma epidemiologia social influenciada pelo positivismo, com visão linear (onde os determinantes na verdade são os fatores), a teoria da determinação está abrigada na vertente crítica, de inspiração marxista.

O que o enfoque dos determinantes chama de causas das causas interpreta-se como objetos, elementos ou condições que estão presentes no processo saúde-doença, os quais, no entendimento a que se chegou até então, são particularidades de uma totalidade maior. A abordagem dos DSS traz a contribuição de alertar para o assunto, a questão pragmática, mas carece de uma teoria de base, e necessita ser situada dentro de uma compreensão mais abrangente sobre os processos sociais que estão na raiz da determinação.

Analisando suas implicações para o debate da Reforma Sanitária Brasileira, entende-se que, por ser um tema eminentemente político, tende a beneficiar-se de referenciais que abarquem esta dimensão. As aproximações feitas até então indicam que a perspectiva da determinação social da saúde parece contribuir para um olhar mais abrangente do processo saúde-doença e remeter a questões mais amplas, que não se circunscrevem ao âmbito dos serviços de saúde.

Tal construção teórico-conceitual implica no questionamento - com vistas a mudanças - sobre a forma de organização da produção da vida material e o modelo de desenvolvimento econômico e social. Coloca-se a serviço da classe que vive do trabalho, abordando a ampliação da consciência dos sujeitos acerca dos processos

sociais em curso que camuflam a contradição essencial da sociedade capitalista, legitimando a ordem vigente.

Esta construção teórico-conceitual foi base no Movimento de Reforma Sanitária do Brasil. Por estar intrinsecamente vinculada a uma ação politizante e mobilizadora na direção da efetivação do direito à saúde, guarda um potencial revolucionário que deve ser retomado com vistas ao avanço do projeto da Reforma Sanitária. Este, ao prever mudanças em várias esferas da sociedade, precisa ser levado adiante, pois não se esgotava com a criação do Sistema Único de Saúde.

Assim, em tempos de profundas transformações societárias que redundam numa conjuntura de aprofundamento da desigualdade social, da institucionalização de políticas minimalistas, do incremento da pobreza, dentre outras expressões intensificadas pela economia global e a hegemonia do liberalismo de mercado, é preciso um aporte teórico-metodológico crítico. Nesse sentido, verifica-se a existência de uma clara intenção de resgatar o pensamento marxiano nas discussões que retomam o referencial da determinação social da saúde, o que se compatibiliza com a orientação do Serviço Social e sinaliza a importância do seu engajamento nesta discussão, a fim de contribuir no resgate da teoria social de Marx no campo da saúde, bem como do potencial revolucionário do projeto de Reforma Sanitária.

Com isto, não se pretende sugerir o “descarte” do modelo dos determinantes sociais, que também guarda potencialidades ao chamar a atenção para as desigualdades sociais, considerar um espectro maior de elementos no processo saúde-doença, convocar à intervenção nos mesmos, trazer temas importantes como a intersetorialidade e a participação, além de diversos exemplos de ações. Apenas identifica-se seu caráter parcial, alerta-se para as diferenças entre este e o da determinação social e questiona-se sobre seu potencial transformador se adotado sem uma leitura mais ampliada, precisamente sobre a determinação maior do processo saúde-doença, aliás, da vida humana.

Por fim, diante da complexidade do assunto, reitera-se o fato de que estas são considerações provisórias e amparadas pelo posicionamento epistemológico, teórico e ético-político de sua autora, obviamente, sujeitas ao debate franco e construtivo. Por hora, cabe, aqui, a tarefa de problematizar e contribuir para suscitar tais debates, especialmente porque há implicações éticas, políticas, teóricas e

metodológicas na adoção das abordagens, às quais correspondem a diferentes visões de mundo em disputa na sociedade.

Longe de ser um debate puramente conceitual, a pretensão repousou em buscar a essência das abordagens, seus parâmetros filosóficos e políticos, bem como seu potencial transformador frente aos colossais desafios de uma realidade que apresenta problemas aprofundados pelas transformações societárias em curso.

REFERÊNCIAS

ABRASCO; ABRES; AMPASA; CEBES; REDE UNIDA. Fórum da Reforma Sanitaria Brasileira: reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros, 2005. Manifesto. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>>. Acesso em: 04.mai.2012.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALMEIDA-FILHO E ANDRADE, 2003. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença com base na promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 97-115.

ALMEIDA-FILHO, Naomar; JUCÁ, Vlândia. Saúde como Ausência de Doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 879-889, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01.nov.2012.

ANTUNES, Ricardo. Dimensões da Crise e Metamorfoses do Mundo do Trabalho. In: Revista **Serviço Social e Sociedade**, nº 50. Ano XVII, abr. Ed. Cortez. São Paulo, 1996.

AROUCA, Antônio Sérgio. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 01. nov. 2010.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **A Historicidade do Conceito de Causa**. 2.ed. Rio de Janeiro, ENSP / ABRASCO, 1990. (Epidemiologia 1 - Textos de Apoio).

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia Social. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.8, n.1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2005000100002>. Acesso em: 10.fev.2012.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009a.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades Sociais e Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (et al) (orgs.). 2 ed. Hucitec / Fiocruz: São Paulo / Rio de Janeiro, 2009b, p. 457-486.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea. (org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2007a. p. 25-49.

_____. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea. (org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2007b. p. 51-86.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986. ANAIS. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-389. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 21. Out. 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês. et al. (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (orgs.). **Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do Controle Social na Atualidade. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.109, jan-mar, p. 126-150, 2012.

BREILH, Jaime; GRANDA, Edmundo (Tradução CAVALHEIRO, José da Rocha et al.). **Investigação da Saúde na Sociedade: guia prático sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. 2 ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Saúde; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Coleção Pensamento Social e Saúde ;4), 1989.

BREIHL, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Unesp; Hucitec, 1991.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI, Paulo Filho. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: **Physis: revista de saúde coletiva**. Fiocruz: Rio de Janeiro, n 17 (1), p. 77-93, 2007.

CASTELLO, Rodrigo. O Social-liberalismo Brasileiro e a Miséria Ideológica da Economia do Bem-estar. In: MOTA, Ana Elisabete (org.). **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. A Implantação do Sistema Único de Saúde. In: **Caderno de Textos VER-SUS: vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde**. Santa Maria. [s.n]. 2004.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública** [on line]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1614-1619. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020>. Acesso em: 07.mar.2012.

CNDSS. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://determinantes.saude.bvs.br/docs/mini_relatorio_cndss_portugues_web.pdf>. Acesso em: 20.Out.2010.

COSTA, Lucia Cortes. **Os Impasses do Estado Capitalista** – uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

CURY, Carlos. R. Jamil. **Educação e Contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DOWBOR, Tatiana Pluccienik. **O Trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2008. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-10042008.../DowborT.pdf>. Acesso em: 20.out.2010.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FLEURY, Sônia. Retomar o Debate Sobre a Reforma Sanitária para Avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.49, n.4, p. 472-480, out/dez, 2009a. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010>. Acesso em: 01.out.2012.

FLEURY, Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, mai/jun, 2009b.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origens das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil Colônia a 1930. Textos do Departamento de Ciências Médicas/EF/UFOP, 2007.

GÓMEZ, Carlos Minayo; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque Ecológico de Saúde: uma estratégia transdisciplinar. **Interfacehs** – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente. São Paulo, v. 1, n. 1, ago., 2006. Disponível em:<<http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&tbo=d&spell=1&q=GOMES%3B+MINAYO,+2006,+p.+1&sa=X&ei=mQatUNWHA>>

8fz0gHk_YHIDw&ved=0CCoQvwUoAA&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=f4e6d2184a99e993&bpcl=38897761&biw=1280&bih=678>. Acesso em: 23.out.2012.

GUTIERREZ, Paulo Roberto; OBERDIEK, Hermann. Concepções Sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, Selma Maffei de Andrade, Soares, Darli Antônio; CORDONI, Luiz Jr. (orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Cia. Das Letras, 1995.

IANNI, Octavio. **A Sociedade Global**. 10ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 7 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org.) **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LEFEBVRE, H. **Lógica Formal e Lógica Dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. P. 170-241.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katálysis**. Florianópolis, v. 10, n.spe, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12.mar.2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção à Saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-43.

MARANHÃO, Cezar Henrique. Desenvolvimento Social como Liberdade de Mercado: Amartya Sen e a renovação das promessas liberais. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

MARX, Karl. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENDES, Eugênio Villaça. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MENDES, Jussara Maria Rosa. et al. Gestão na Saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte no SUS. **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331-344, ago./dez., 2011.

MINAYO, Cecília. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NASCIMENTO, Álvaro. SUS: revendo a trajetória – os avanços e retrocessos da reforma sanitária brasileira. **Revista Radis**. Rio de Janeiro, n.20, fev. 2001. p. 5-8.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 50. Ano XVII, abr. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. Introdução ao Método da Teoria Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS / ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 668-700.

NETTO, 2012 Crise do Capital e Consequências Societárias. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 111, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01.nov.2012.

NUNES, Everardo Duarte (org). **Juan César Garcia**: pensamento social em saúde na América-latina. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A Historicidade das Teorias Interpretativas do Processo Saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

OMS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na Saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal. Organização Mundial da Saúde

PAIM, Jairnilson Silva. Movimentos no Campo Social da Saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 pp.

PEREIRA, Potyara A. P. Questão Social, Serviço Social e Direitos de Cidadania. **Revista Temporalis**, n. 3, jan./ jun., Brasília: ABEPSS, 2001.

PERNA, Paulo de Oliveira; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. **Matriz de Processos Críticos em Saúde**: instrumento para uma formação emancipadora em saúde. Anais de Evento: V Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo – Marxismo, Educação e Emancipação Humana. UFSC, Florianópolis, 2011.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural** - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

PRATES, Jane. **Polígrafo Didático**: Disciplina Teoria do Serviço Social II. Mimeo. Porto Alegre, FSS/PUCRS, 2001.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Neoliberalismo e Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>> Acesso em: 07.jul.2011.

ROSEN, George. A Evolução a Medicina Social. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). **Medicina Social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo Global, 1983.

SCLIAR, Moacir. Um Olhar Sobre a Saúde Pública. Scipione: Porto Alegre, 2003.

SCLIAR, Moacir. História do Conceito de Saúde. **Physis**: revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 29-41, 2007.

SCHÜTZ, G.E.; TAMBELLINI, A.T. Contribuição para o debate do CEBES sobre a determinação social da saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p. 371-379, set-dez. 2009.

SIMIONATO, Ivete As Expressões Ideoculturais da Crise Capitalista na Atualidade e sua Influência Teórico-Prática. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009. p.87-106.

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000 (Coleção Questões da Nossa época. v. 78).

SOARES, Laura Tavares. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001a.

SOARES, Laura Tavares; José Carvalho de Noronha. A política de Saúde no Brasil nos anos 90. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2. n. 2., 2001b.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.

VILAÇA, Márcio Luiz Corrêa. Pesquisa e ensino: considerações e reflexões. **Revista do Curso de Letras da UNIABEU**. Nilópolis, v.1, n.2, mai-ago, 2010. Disponível em: <http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RE/article/viewFile/26/pdf_23>. Acesso em: 04.abr.2012.

WESTPHAL. Márcia Faria. Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida. In: **Promoção da Saúde e Gestão Local**. Coleção Saúde em Debate – Série Linha de Frente. FERNANDEZ, JUAN Carlos Aneiros; MENDES, Rosilda. Hucitec: São Paulo, 2007.p. 13-40.

APÊNDICE: ROTEIRO PARA AS LEITURAS

A) IDENTIFICAÇÃO DA OBRA

- Referência bibliográfica completa:
- Localização da obra:

B) CARACTERIZAÇÃO DA OBRA

- Tema central (destacar o principal tema abordado):
- Objetivo da obra (permite verificar se o objetivo proposto na obra corresponde ao tema central):

C) CONTRIBUIÇÕES DA OBRA PARA O ESTUDO – DIÁRIO DE ANOTAÇÕES (consistem no registro das reflexões, dos questionamentos e encaminhamentos suscitados pela leitura da obra, bem como na indicação de como podem ser utilizados na elaboração do texto final).

BUSCA DE RESPOSTAS AOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

QUESTÃO NORTEADORA 1: Como as abordagens teóricas sobre determinação social da saúde entendem o fenômeno saúde-doença e a relação saúde / sociedade?

- Explicação do conceito de determinação social da saúde: captar se entende de forma dialética ou entende o social como mais um elemento, mais um fator que afeta o biológico; se aborda questões estruturais ou restringe-se ao campo biológico;
- O entendimento do fenômeno saúde-doença: como processo, com múltiplas determinações e como necessidades sociais em saúde? Ou como negatividade, ausência de doença?
- O entendimento da relação saúde e sociedade: enquanto dimensões inter-relacionadas e intrínsecas, ou separadas, dissociadas? Responsabilidade do Estado?

Q1.a) como conceitua ou explica “determinação social da saúde”?

Q1.b) como entende o fenômeno saúde-doença?

Q1.c) como entende a relação saúde-sociedade?

QUESTÃO NORTEADORA 2: Que projetos societários são subjacentes às teorias sobre determinação social da saúde?

Tentar extrair elementos que apontem os rumos da sociedade; que façam menção ou não a outra ordem societária; apreender se há defesa para manutenção da mesma, se há apologia a não possibilidade de outra ordem ou, até mesmo, se foi completamente ignorado este aspecto. Entre projetos de sociedade em disputa, as teorias estudadas se filiam aos que querem a transformação ou a conservação da ordem social?

Q2) Que projetos societários são subjacentes às teorias sobre determinação social da saúde?

QUESTÃO NORTEADORA 3: Em que contexto histórico se desenvolveram as distintas construções sobre determinação social da saúde?

Estágio do capitalismo, local onde a obra foi escrita, contexto da produção, instituições financiadoras, ou ligadas à produção, ou ao autor.

Q3) Em que contexto histórico se desenvolve a construção teórica?

QUESTÃO NORTEADORA 4: Sob quais fundamentos teóricos, metodológicos, éticos e políticos estão embasadas as teorias sobre determinação social da saúde?

Buscar captar: os valores éticos assumidos ou não; qual é o caráter político, ou seja, a direção social é vinculada a que interesses sociais (que sujeitos, qual classe, que tipo de sociedade)? Os fundamentos teórico-metodológicos, ou seja, que referenciais são balizadores? Se não for explicitado, ver os conceitos utilizados, as premissas, os autores que embasam, pois indicam os referenciais presentes na formulação.

Q4.a) Qual matriz teórico-metodológica ancora a construção teórica?

Q4.b) Que princípios e posicionamentos ético-políticos são defendidos/assumidos?

QUESTÃO NORTEADORA 5: Como se apresentam do ponto de vista político e metodológico as propostas de trabalho baseadas na concepção de determinação social da saúde adotada?

Nas propostas de trabalho que buscam operacionalizar ações (que podem ser projetos de intervenção, políticas governamentais, estudos epidemiológicos) através deste conceito, como estes dois aspectos são contemplados, se o forem? Ou seja, caracterizar como elas apresentam a prática, o como fazer, e o impacto e potencial político das ações. Buscar elementos que indiquem como podem ser operacionalizadas as ações baseadas nesta concepção.

Q5.a) Como se apresentam do ponto de vista metodológico (elementos de operacionalização)?

Q5.b) Como o aspecto político (direção social) está contemplado nas ações operacionalizadas sob a concepção de determinação social da saúde apresentam o aspecto político?

M838d Moreira, Márcia Chaves

Determinação social da saúde : fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira / Márcia Chaves Moreira. – Porto Alegre, 2013.

144 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.
Orientador: Profª Drª. Idília Fernandes.

1. Sociologia – Política de Saúde. 2. Saúde Pública - Brasil. 3. Reforma Sanitária. 4. Sistema Único de Saúde. I. Fernandes, Idília. II. Título.

CDD 361.981

Ficha Catalográfica elaborada por Loiva Duarte Novak – CRB10/2079