

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Laura Marcelino Leal

A determinação social da saúde: problematizações teóricas e a realidade brasileira

Juiz de Fora
2022

Laura Marcelino Leal

A determinação social da saúde: problematizações teóricas e a realidade brasileira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Leal, Laura Marcelino.

A determinação social da saúde : problematizações teóricas e arealidade brasileira / Laura Marcelino Leal. -- 2022.

150 f.

Orientador: Marina Monteiro de Castro e Castro
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2022.

1. Determinação social da saúde. 2. Determinantes sociais. 3. Formação social . 4. Capitalismo. I. Castro, Marina Monteiro de Castro e, orient. II. Título.

Laura Marcelino Leal

A determinação social da saúde: problematizações teóricas e a realidade brasileira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em 08 de fevereiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. Maurílio Castro de Matos
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dra. Luciana Gonçalves Pereira de Paula
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 30 / 12 / 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Professor(a)**, em 10/02/2022, às 10:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Goncalves Pereira de Paula, Coordenador(a) em exercício**, em 14/02/2022, às 14:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maurílio Castro de Matos, Usuário Externo**, em 17/02/2022, às 19:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0630729** e o código CRC **1902ECB2**.

AGRADECIMENTOS

Este é o momento de agradecer carinhosamente as pessoas que foram fundamentais para finalização de mais essa etapa.

O fechamento desse ciclo é resultado da colaboração de diversos atores que estiveram presentes na minha vida acadêmica e pessoal.

Agradeço a Deus por iluminar os meus caminhos, por me fortalecer na busca pelos meus sonhos.

A minha querida orientadora Marina Castro, pelo apoio incondicional, pelas discussões e debates em torno do meu objeto de estudo. A sua parceria é fundamental, desde os tempos de estágios. As suas palavras nas horas certas e seu compromisso com aquilo que se dispõe a fazer, faz toda a diferença. Você transborda uma energia incrível. Obrigada por tudo!

Aos professores, Maurílio Matos e a Sabrina Paiva, por aceitarem o convite de compor esta banca, e pelas contribuições no desenvolvimento do objeto e pela defesa do SUS! As professoras, Leticia Batista e Luciana de Paula por aceitarem tão gentilmente compor a suplência dessa banca e pelas construções da profissão e defesa do SUS!

Aos servidores da Faculdade de Serviço Social – UFJF pelo enorme aprendizado, pelo compromisso com uma educação crítica e de qualidade.

A minha querida turma de mestrado, pelos debates e desafios que enfrentamos juntos ao longo dessa jornada. Por terem me escolhido para representar os discentes nas reuniões do Colegiado do PPG-SS (que se diga de passagem é um espaço muito rico de aprendizagem).

Aos meus amigos do mestrado, em especial, Lara, Vanisse, Ellen, Ana Clara, Pedro e Juliano, que saudade de vocês. As queridas Tamara, Daiane, Débora e Ester, que me acalentam desde a graduação.

A Capes pelo financiamento da pesquisa e as pessoas que resistem a tempos tão sombrios.

A Secretaria de Saúde de Belmiro Braga pelo incentivo e pelo compromisso com a população.

Aos meus amados pais, Marlene e Rogério, pelo apoio e amor incondicional, por entenderem os momentos que estive ausente, principalmente nessa reta final. Amo vocês. Vocês fazem tudo ter um sentido especial.

Ao Gustavo, pelo amor e companheirismo, por entender que eu “sempre tenho muita coisa para fazer”. E por me incentivar a sempre alcançar novos voos.

A minha grande e querida família que sempre é meu porto seguro, que faz com que os meus dias fiquem mais leves, e me incentivam no dia a dia a conquistar novos objetivos e sobretudo, a ser uma pessoa melhor.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo debater teoricamente a concepção de determinação social do processo saúde/doença, diferenciando esta perspectiva da noção de determinantes sociais da saúde. Nesta análise, é imprescindível que se considere a formação sócio-histórica, ou seja, a inserção no modo de produção de capitalista. A nossa hipótese é que o debate da determinação social da saúde tem sido tratado como sinônimo de determinantes sociais, e isso implica tanto em questões teóricas, quanto em desdobramentos práticos na realidade social. O caminho metodológico utilizado teve suporte na abordagem qualitativa e no materialismo histórico dialético, de forma a compreender a realidade em seus movimentos de contradições e conflitos, logo, pela perspectiva de totalidade. Para a compreensão do objeto de estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que consiste em: realizar um levantamento ou revisão de obras publicadas sobre o objeto e partir delas dialogar com outros livros e artigos que façam relação com o debate da determinação social da saúde. Além disso, realizamos reflexões situando a saúde historicamente, bem como fazendo a mediação com a atual crise sanitária trazida pela pandemia da Covid-19. Conclui-se que se torna cada vez mais necessário pesquisas que busquem a fundamentação dos processos em curso na sociedade, em que se percebe cada vez mais a agudização das expressões da “questão social”, principalmente em um país tão desigual como o Brasil.

Palavras-chave: Determinação social da saúde. Determinantes sociais. Formação social. Capitalismo.

ABSTRACT

This dissertation aims to theoretically debate the concept of social determination of the health/disease process, differentiating this perspective from the notion of social determinants of health. In this analysis, it is essential to consider the socio-historical formation, that is, the insertion in the capitalist mode of production. Our hypothesis is that the debate on the social determination of health has been treated as synonymous with social determinants, and this implies both theoretical issues and practical developments in social reality. The methodology used was supported by a qualitative approach and dialectical historical materialism, in order to understand reality in its movements of contradictions and conflicts, therefore, from the perspective of totality. In order to understand the object of study, a bibliographic research was carried out, which consists of: carrying out a survey or review of published works on the social determination of health. In addition, we carried out reflections placing health historically, as well as mediating with the current health crisis brought about by Covid-19 pandemic. It is concluded that it is increasingly necessary for research to seek the foundation of the processes taking place in Society, in which the sharpening of the expressions of the “social question” is increasingly perceived, especially in a country as unequal as Brazil.

Keywords: Social determination of health. Social determinants. Social formation. Capitalism.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRASCO** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- ALAMES** – Associação Latino-Americana de Medicina Social
- BDTD** – Banco Digital de Teses e Dissertações
- BM** – Banco Mundial
- CAPs** – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEPAL** – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
- CF** – Constituição Federal
- CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CNSDSS** – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
- DRU** – Desvinculação das Receitas da União
- DSS** – Determinantes Sociais da Saúde
- FHC** – Fernando Henrique Cardoso
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- FMI** – Fundo Monetário Internacional
- GEPEFSS** – Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social
- IAPs** – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- MS** – Ministério da Saúde
- MPC** – Modo de Produção Capitalista
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OPAS** – Organização Panamericana de Saúde
- OSCIPs** – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
- PCC** – Partido Comunista Brasileiro
- PNS** – Plano Nacional de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PS – Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

US – Unidades de Serviço

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
I -DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA: PROBLEMATIZAÇÕES TEÓRICAS	17
1.1 DETERMINAÇÃO À SAÚDE: ALGUMAS PREMISSAS IMPORTANTES DE ANÁLISE EM ÂMBITO MUNDIAL E AMÉRICA LATINA.....	17
1.1.1 A crise do capital dos anos 1970: impactos para o debate da saúde.....	28
1.2 A INTERLOCUÇÃO DO DEBATE ENTRE AS CIÊNCIAS SOCIAIS E A SAÚDE: PARTICULARIDADES DA AMÉRICA LATINA E O DEBATE BRASILEIRO.....	32
II- DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇAS E AS PARTICULARIDADES NO BRASIL	61
2.1 FORMAÇÃO SOCIAL BRASILEIRA, DESIGUALDADES E EXPRESSÕES DA “QUESTÃO SOCIAL”.....	61
2.2 A SAÚDE E A SOCIEDADE BRASILEIRA: O PASSADO E O PRESENTE.....	67
2.2.1 Nova concepção de saúde: a estruturação do Sistema Único de Saúde.....	81
2.3 A PANDEMIA DA COVID-19 E A SAÚDE NO BRASIL: NOVOS DESAFIOS, VELHOS DILEMAS	87
III –PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL: CONFRONTOS TEÓRICOS	98
3.1 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: DISTINTOS CONCEITOS E PERSPECTIVAS.....	98
3.1.1 Análise crítica dos determinantes sociais da saúde.....	105
3.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA: A RELEVÂNCIA DE SEU ARCABOUÇO TEÓRICO PARA A ANÁLISE DA REALIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXO I - Levantamento Bibliográfico – nos periódicos de Serviço Social	146
ANEXO II – Levantamento no catálogo de Teses e dissertações da Capes e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)	147
ANEXO III – Levantamento Scielo – Trabalhos selecionados após revisão	148

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado intitulada “A determinação social da saúde: problematizações teóricas e desdobramentos na realidade brasileira”, buscou analisar a determinação social da saúde e as implicações para o processo saúde/doença, explicitando os pontos nodais de fundamentação entre as perspectivas da determinação social da saúde e dos determinantes sociais da saúde; e afirma a necessidade de incorporação da concepção de determinação social do processo saúde/doença para análise das particularidades do debate da saúde em sua relação com a formação sócio-histórica brasileira.

O interesse em estudar a questão da determinação social no processo saúde/doença surgiu a partir de experiências adquiridas durante o processo formativo¹, bem como de um esforço de pesquisa para aproximação com a temática. As referidas vivências solidificaram as mediações da relação entre teoria e prática, na medida em que as reflexões eram realizadas na graduação através das aulas², do estágio com a supervisão de campo e a supervisão acadêmica, como também através da tutoria e da preceptoria da residência.

Além disso, destacamos também a participação no Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, no período 2017/2018 - na pesquisa intitulada “Mapeamento das Residências Multiprofissionais e Serviço Social³” e na pesquisa denominada “Determinação Social da Saúde e Serviço Social: impactos do coronavírus na realidade brasileira”, no período 2020-2021⁴. Essas experiências foram fundamentais, assim como o estágio de docência

¹ Processo formativo realizado na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), no período 2012-2017, contemplando as disciplinas ofertadas pelo Curso e os estágios curriculares I, II e III realizados no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, no período de março de 2015 e julho de 2016. Além da inserção na Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em Doenças Crônicas-Degenerativas da UFJF, no período 2017-2019.

² A partir de disciplinas como: Política de Seguridade II e Laboratório de Saúde, Oficina de Trabalho Profissional II no que tange às reflexões sobre a análise de conjuntura e institucional, Pensamento Social I no que refere a uma aproximação das categorias centrais marxianas e os Fundamentos Teóricos-Metodológicos do Serviço Social.

³ Na referida inserção foi importante para desenvolver e aprimorar técnicas de pesquisa, sistematização de dados e também ao trazer aspectos referentes tanto ao exercício profissional quanto ao cotidiano dos usuários dos serviços de saúde e as repercussões para a determinação social do processo saúde/doença. Este estudo ocorreu a partir das análises dos editais de residência ofertados no ano de 2018 no Brasil, formulário de pesquisa on-line com tutores e preceptores, análise das produções nas revistas da área, dos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) nos anos de 2010, 2013 e 2016, dos anais de Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social (ENPESS) nos anos de 2010, 2012, 2014 e 2016. Além das teses e dissertações publicadas a partir de 2010.

⁴A referida pesquisa articulou o debate da determinação social da saúde, considerando os impactos da pandemia da Covid e desigualdades sociais agravadas na realidade brasileira.

realizado em 2020, no âmbito do mestrado em Serviço Social, na disciplina “Pensamento Social III”, que tem como um dos objetivos debater a formação sócio-histórica brasileira e as implicações da relação entre o passado e o presente na configuração do Brasil.

Cabe sublinhar também que, nesse esforço para aprofundamento da reflexão em torno da determinação social da saúde realizamos algumas publicações⁵. Neste sentido, parte das reflexões aqui expostas já se encontra em fase socialização através de artigos e foram fundamentais para consubstanciar as análises aqui expostas.

A proposta inicial para a construção da dissertação, perpassava a construção de uma análise que fizesse a mediação entre a determinação social do processo saúde/doença e os desdobramentos na relação com os usuários e o Serviço Social, englobando uma pesquisa de campo. Porém, no decorrer do percurso, o estudo sofreu algumas alterações em decorrência da pandemia da Covid-19, que trouxe reestruturações de diversas ordens, sobretudo, aos serviços de saúde. Consideramos também que, diante desse cenário pandêmico, as desigualdades sociais se evidenciaram, reiterando a validade da concepção de determinação social do processo saúde/doença. Dessa forma, optamos pela realização de uma pesquisa qualitativa, com análise de conteúdo de produções bibliográficas que atingisse o objetivo proposto.

Partimos da perspectiva que associa a conformação entre a produção e reprodução material e social na interface com as condições de vida e da saúde, articulando o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção (LAURELL, 1982).

Entendemos que o processo saúde/doença tem correlação com as desigualdades inerentes à sociabilidade do capital que incidem no conjunto designado de expressões da “questão social”⁶. Em sociedades como a brasileira, essas desigualdades são combinadas e

⁵ “Determinação social da saúde e covid-19: fundamentos para o trabalho do assistente social na crise sanitária”, de autoria Leal e Castro, na revista *Emancipação*, com previsão de publicação para 2022; “Determinação da saúde e expressões da “questão social” no Brasil: impactos para os sujeitos sociais”, de autoria de Leal e Castro (2021) In: Edneia Alves de Oliveira; Marco José de Oliveira Duarte; Marina Monteiro de Castro e Castro. (Org.). *Serviço social, políticas e sujeitos sociais*. 1ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021, v.1, p.80-94; “Determinação social da saúde e pandemia de coronavírus no Brasil, de autoria, Castro; Santos; Leal; Maia. In: Maria Lúcia Duriguetto; Marilda Vilela Iamamoto (Org.). *Serviço Social: questão social, território e política social*. 1ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021, v.1, p.111-123; “Determinación social de la salud, trabajo social em Brasil y el trabajo em hospitales. In: Eve Simonotto [et al.]: compilado por Redondi Valeria; Laura Paradela (Org.). *Salud y trabajo social: procesos de intervención y organización*, 1 ed. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales e Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2019, v.6, p.116-129.

⁶ Cabe esclarecer que a categoria “questão social” encontra-se entre aspas, em virtude de que em consonância com as elaborações de estudiosos como Iamamoto (2001), Netto (2001), Santos (2012) o uso da referida expressão requer atenção, em virtude de que o seu surgimento ocorreu a partir do pensamento conservador. Iamamoto (2001, p.11) refere que, todavia, “os processos sociais que ela traduz encontra-se no centro da análise de Marx sobre a sociedade capitalista”.

determinadas por processos como a colonização, a escravidão, o patriarcado, e a inserção tardia, periférica e dependente ao modo de produção capitalista (MPC), sendo determinada pela formação sócio-histórica. Esses traços formam as relações sociais e intensificam as desigualdades, a luta de classes, o racismo, as questões de gênero e sexualidade (IAMAMOTO, 2015).

Neste cenário, é fundamental compreendermos a relação entre o avanço do modo de produção capitalista e as agudizações das expressões da “questão social”. Na concepção de Netto (2001, p.45) “a questão social” “não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social. Ou seja, a “questão social” é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo”. Portanto, tanto em cenários prósperos para o capital (crescimento da mais-valia) quanto em conjunturas de crises (do capital), temos rebatimentos negativos para aqueles que vivem do trabalho, seja via aumento da exploração e/ou diminuição dos direitos sociais.

Castro e Leal (2021, p.81) defendem “que uma perspectiva de análise crítica da relação entre determinação social da saúde e as expressões da “questão social” tem como chave teórica o debate das desigualdades postas na sociedade capitalista”. A gênese dessa desigualdade é resultado da “contradição entre a forma privada de apropriação e o caráter social do processo de produção” (MARX, 1996, p.50- 51).

A noção de determinação social do processo saúde-doença avança na América Latina a partir dos debates conceituais da década de 1970, mas encontra seus substratos em processos anteriores, lá do século XIX. Esse processo é marcado pela articulação da relação entre o social e a saúde. Na medida em que o campo da Saúde Coletiva construirá seus fundamentos, a partir da crítica ao biologicismo, funcionalista e de desvinculação do social. Este processo terá relação com o que veio se designar como Reforma Sanitária Brasileira (ESCOREL, 1999).

Como dito, apesar do debate da determinação social do processo saúde-doença se expandir a partir dos anos 1970 na América Latina, as suas origens remetem a elaborações do século XIX, como, por exemplo, a de Virchow sobre a epidemia de tifo na Silésia (ANDRADE, 2012) e a de Engels (2010) sobre a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, posto que se compreende a questão da industrialização e do desenvolvimento do MPC e as repercussões negativas para as condições gerais de vida da classe trabalhadora.

Além disso, dentre o arcabouço teórico utilizado, ressaltamos entre as referências às elaborações de Nunes (2006; 1992) e Laurell (1980; 1982) acerca do desenvolvimento das ciências sociais em saúde na América Latina. Ademais, salientamos também as contribuições

de Rosen (1985), Andrade (2012) e Foucault (1979) acerca do desenvolvimento da medicina social.

Para atingir o objetivo desta dissertação, a construção do referencial teórico foi estruturada da seguinte forma: partimos do entendimento da necessidade de se trabalhar a interlocução do debate entre as Ciências Sociais e a saúde a partir das particularidades da América Latina e do debate brasileiro (NUNES, 2006). Recorremos também às contribuições de Netto (2012) sobre a posição latino-americana no contexto dos anos de 1960 e 1970 e a de Octavio Ianni (2011) acerca da crítica à fragmentação das ciências sociais, bem como da antinomia entre a *razão crítica* e a *razão instrumental*. Salientamos também o trabalho de Berlinguer (1988) na influência para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), destacamos também o trabalho de Laurell (1982) sobre o processo saúde/doença com um processo social.

Outra preocupação deste trabalho é apresentar as diferenças entre a fundamentação teórica do debate da determinação social da saúde e de determinantes sociais da saúde.

Na revisão bibliográfica realizada, é possível perceber que a discussão dos determinantes reforça o direcionamento da vulnerabilidade social e não das desigualdades sociais (LOPES e RANGEL, 2014). Outro elemento é a restrição do debate da saúde à conformação da política social. Distinguimos que os determinantes sociais da saúde se colocam como um avanço com relação ao modelo unicausal e médico-hegemônico. Todavia, apostam numa discussão fatorial, isolados da questão central que é à base da fundamentação geral da sociedade. Outro aspecto ressaltado na literatura pesquisada trata do atendimento do Estado às necessidades da população e o enfoque dado aos trabalhadores sem realizar as devidas mediações a este processo (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010; DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Compreendemos que a incorporação do debate da saúde pela via dos determinantes sociais é marcada pelos processos históricos, de avanço do neoliberalismo⁷, da chamada “crise

⁷ O desenvolvimento do neoliberalismo está alicerçado em um processo de crise global do modo de produção capitalista, aliado às alterações no mundo do trabalho e das mudanças acerca do papel do Estado (DURIGUETTO, 2007). No Brasil, se desenvolveu de forma mais consistente a partir dos anos 1990. Cabe ressaltar que esta conjuntura impacta diretamente o acesso da população às suas necessidades sociais, haja vista que se preconiza uma menor intervenção direta do Estado no social e se evidencia a hegemonia para o mercado, através de uma série de subsídios fiscais para as empresas, privatizações e etc.

do marxismo”⁸ e do avanço do debate da pós-modernidade⁹. Esse debate ganha destaque ao nível mundial, a partir de 2005 no momento em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) implementou a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, adotada no Brasil no ano de 2006. Consideramos que, tanto as premissas pós-modernas¹⁰ quanto à perspectiva neoliberal irão favorecer diretamente o avanço da noção de determinantes sociais da saúde (DSS), tendo em vista “se perde a dimensão de totalidade dos processos sociais” (EVANGELISTA, 1992, p.24). Frisamos que por mais que os determinantes sociais avancem ao compreender a saúde em seu conceito ampliado, ou seja, para além da ausência de doença, o estabelece através de práticas inviáveis para se determinar a correlação histórica entre as dimensões da vida (BREILH, 2010).

No que tange a aproximação do Serviço Social¹¹ com a debate da determinação social e dos determinantes sociais, por mais que esta aproximação não tenha sido objeto do nosso debate, verificamos que se trata de uma apropriação ainda “incipiente” da categoria¹² ou seja, do rigor que este debate significa, ainda que exista uma compreensão ampliada das desigualdades sociais e a da sociabilidade do capital. É importante sublinhar também que, diante do movimento contínuo da realidade, o Serviço Social também vai se apropriando dos debates necessários para a sociedade¹³.

⁸ A “crise do marxismo” se insere em um processo em que determinados grupos intelectuais alegam que “as Ciências Sociais atravessam uma crise teórica sem precedentes em toda a sua história” (EVANGELISTA, 1992, p.11). O escopo dessa reflexão aponta que nessa conjuntura, estamos diante de uma *crise de paradigmas*, isto é, que nem o marxismo e nem positivismo são capazes enquanto teorias de explicar a realidade. Estes críticos fazem esta análise principalmente com relação ao marxismo e referem que esta teoria teria sido conduzida “a formulações “racionalistas” e “deterministas” sobre o processo histórico-social” (EVANGELISTA, 1992, p.14).

⁹ As premissas pós-modernas “para os intelectuais pós-modernistas não é, aparentemente, um momento histórico, mas a condição humana em si, da qual não há escapatória”. Dentre os aspectos que a caracterizam, destacamos a crítica à modernidade, a historicidade dos processos sociais, bem como a teoria marxiana, no que tange a perspectiva de totalidade social, além de atacar a concepção de transformação da realidade (WOOD, 1999, p.16).

¹⁰ Por mais que epistemologicamente a perspectiva dos Determinantes Sociais esteja associada ao positivismo, em certa medida as premissas pós-modernas também irão favorecer o seu desenvolvimento, de forma que refuta a totalidade dos processos sociais e não busca a essência dos fenômenos em curso na sociedade. Esse processo se relaciona também no que se refere a compreensão acerca do papel do Estado, bem como os aspectos relativos à relação indivíduo e classe social. Portanto, por mais que positivismo e pós-modernidade sejam matrizes teóricas diferentes, no tange o debate da saúde não vão indicar a saúde na relação com o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção.

¹¹ Conforme anexo I.

¹² Conforme anexo II.

¹³ Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS,2010), se tornou referência para o trabalho do (a) assistente social neste campo. O referido documento avança na compreensão da saúde para além da ausência de doenças, destacando o conceito ampliado de saúde, bem como os distintos projetos em disputa neste campo e também a relação entre teoria e intervenção

Em relação ao caminho metodológico utilizado na elaboração desta dissertação, ressaltamos que com o objetivo de analisar a determinação social da saúde e as implicações para o processo saúde/doença, considerando a formação sócio-histórica brasileira e a diferença da noção de determinantes sociais, nos fundamentaremos no materialismo histórico dialético, de forma a compreender a realidade em seus movimentos de contradições e conflitos, logo, pela perspectiva de totalidade. Cabe destacar também que a dialética da totalidade não significa apropriar de todo o complexo envolve a realidade, em suas inúmeras concepções, e sim em fazer as mediações entre o conjunto de relações e processos inerentes a sociedade¹⁴.

Neste sentido, Marx demarca a diferença entre aparência e essência e revela que “toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação (a aparência) e a essência das coisas coincidissem imediatamente” (MARX, 1974b, p.939 *apud* NETTO, 2011, p.22). Nesta acepção, a reprodução do movimento parte da aparência imediata do objeto, isto é, o ponto de partida para o conhecimento (teórico) ocorre a partir do empírico. Dessa forma, para Marx a aparência é o ponto de partida para o conhecimento, é o modo imediato de emergência da realidade. Mas a aparência não esgota aquilo que é o fenômeno. Haja vista que a aparência tanto mostra, revela, mas também oculta. Nesta perspectiva, o movimento intelectual do sujeito é a partir da aparência para alcançar a estrutura íntima e dinâmica do objeto, ou seja, a essência (NETTO, 2019).

Dessa forma, é fundamental compreender que existe uma realidade que é concreta e que independe do sujeito, na medida que, a

Teoria se distingue de todas as modalidades e tem especificidades: o conhecimento teórico é o *conhecimento do objeto tal como ele é em si mesmo*, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. *A teoria é, para Marx a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa*: pela teoria, o que o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa (Netto, 2009, p.776).

profissional. Neste sentido, traz direcionamentos importantes para o trabalho profissional. No que tange a incorporação das reflexões em torno da determinação social da saúde e dos determinantes sociais da saúde, analisamos que estes não estão no escopo principal do documento em termos teóricos, isto é, de fazer as distinções entre estas duas perspectivas, apesar de sinalizar para a relação entre movimento de Reforma Sanitária e a determinação social da saúde “sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Nessa concepção, é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença” (CFESS, 2010, p. 40).

¹⁴ É essencial destacar que as reflexões de Marx buscaram alcançar a estrutura e dinâmica da sociedade burguesa, sendo fruto de anos de pesquisas (NETTO, 2011). Isso implica em considerar que “o método em Marx não resulta de descobertas abruptas ou de intuições geniais – ao contrário, resulta de uma demorada investigação” (NETTO, 2011, p.19).

Portanto, a teoria não é um retrato da realidade, e sim o exercício de extrair o movimento real. Assim, fundamentado neste referencial definiu-se o percurso metodológico que engloba os aspectos teóricos e práticos da sociedade dialeticamente articulados. Este estudo exploratório ancorou-se na perspectiva qualitativa para compreensão e apropriação da realidade, mas que isto não implica em esgotá-la, haja vista que a mesma está em contínua transformação. Sendo assim, nosso objetivo é se aproximar do real e estabelecer as mediações necessárias entre os aspectos da aparência e da essência da realidade social.

À vista disso, a compreensão do objeto de estudo foi realizada através de uma pesquisa bibliográfica, que consistiu em: realizar um levantamento ou revisão de obras publicados sobre o objeto “que irá direcionar o trabalho científico o que necessita uma dedicação, estudo e análise pelo pesquisador que irá executar o trabalho científico e tem como objetivo reunir e analisar textos publicados” (SOUSA; OLIVEIRA; ALVES, 2021, p.66). Estes materiais são: livros, artigos científicos, documentos oficiais, ensaios e etc., portanto, é uma modalidade de pesquisa que se baseia nas elaborações de diversos autores acerca do tema. Utilizamos neste trabalho tanto fontes primárias que dialogam com debate da determinação social da saúde, por exemplo, Laurell (1980; 1982), Marx (1996), Engels (2010) e Foucault (1979) como também no que se refere as fontes secundárias, ou seja, com referências que já foram utilizadas por outros pesquisadores e que já constituem o universo científico.

Com o objetivo de nos apropriar da temática da determinação social da saúde, efetuamos um levantamento no banco de dados da Scielo em novembro de 2019, com a palavra-chave: determinação social. O resultado apontou para 574 trabalhos. Diante desse quantitativo, utilizamos alguns critérios de inclusão como o estudo ser realizado no Brasil. Diante disso, excluimos as elaborações vinculadas aos demais países, como Argentina, Tunísia, China, Cuba, Colômbia entre outros. Além desses critérios, estabelecemos que os artigos fizessem alguma relação com a Reforma Sanitária e realizasse uma discussão teórica e uma revisão bibliográfica que tivesse relação com o debate em tela. Estabelecidos tais parâmetros, selecionamos 80 artigos. Ao analisarmos atentamente estes 80 artigos, verificamos que a maioria trazia o descritor, determinação social apenas no resumo, ou na introdução, ou referiam que o trabalho se baseava na teoria da determinação social do processo saúde-doença sem se debruçar no debate. Diante disso, não os utilizamos no referencial teórico. Dessa forma, nesta reclassificação dos trabalhos foram utilizados 16 artigos. Tais referências foram fundamentais para a construção deste trabalho, na medida em que traziam questões pertinentes com relação à

determinação social, bem como indicava outras obras relevantes que dialogassem com a referida temática, conforme indicações anexas.

Além disso, utilizamos também referências oriundas dos debates desenvolvidos no âmbito do Serviço Social, a partir dos materiais utilizados nas pesquisas do GEPEFSS, das construções da graduação, da residência, do estágio de docência e de outras vivências que dialogam com debate em tela.

Desta forma, esta dissertação se estrutura da seguinte forma: o capítulo I – Determinação social do processo saúde-doença: problematizações teóricas bem como – partimos de algumas premissas em âmbito mundial e na América Latina, e situamos a crise do capital dos anos 1970 e os impactos para o debate da saúde. Além disso, apresentamos a interlocução entre o debate das ciências sociais e a saúde a partir das particularidades da América Latina e do debate brasileiro.

No capítulo II – Determinação social do processo saúde/doença e as particularidades do Brasil – apresentamos a discussão sobre a formação social brasileira e a produção dessas desigualdades e expressões da “questão social” em sua relação com o debate da saúde; enfatizando a articulação entre passado e presente; e a nova concepção de saúde construída a partir da estruturação do sistema SUS. Por fim, em virtude do momento de pandemia em que vivemos, trazemos algumas reflexões sobre a crise sanitária e a perspectiva para saúde defendida no governo Bolsonaro.

No capítulo III – Processo saúde doença e sua determinação social: confrontos teóricos – apresenta as distinções teóricas que envolvem o debate da saúde, como também uma análise crítica dos determinantes sociais da saúde. Ressalta ainda a relevância do arcabouço teórico da determinação social do processo saúde/doença para a análise da realidade de saúde da população brasileira.

Neste sentido, esperamos que este estudo possa contribuir para a fundamentação dos processos em curso na sociedade, no sentido de ir à além dos fenômenos aparentes e alcançar a sua essência. Para tal, faz-se necessário a aproximação e apropriação da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, do materialismo histórico-dialético e dos fundamentos da Reforma Sanitária. Dessa forma, auxiliar todos aqueles que se comprometem com uma saúde pública e de qualidade, de modo a considerar a forma com que a sociedade produz e se reproduz e quanto isso interfere no cotidiano dos sujeitos, na forma de se relacionarem, e de terem acesso às suas necessidades sociais.

CAPÍTULO I – DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA: problematizações teóricas

O debate da década de 1970 em torno da determinação social do processo saúde e doença tem relação com as disputas paradigmáticas para a área da saúde, oriundas principalmente em torno das questões que ocorreram no século XIX e que ganharam novos contornos no século XX. Sendo assim, havia uma discussão entre as ciências naturais e as ciências sociais de forma a disputar quem iria administrar o conhecimento sobre o mundo humano. Neste debate, verificamos uma cisão, no sentido de que as ciências naturais estariam mais voltadas aos aspectos técnicos, científicos e utilitaristas. Já as ciências sociais seriam responsáveis pelos aspectos críticos e históricos das transformações em curso na sociedade¹⁵. Nesta disputa do conhecimento se situa a determinação social enquanto uma concepção que busca construir a relação entre a saúde e a perspectiva crítica associada ao pensamento marxista. Neste capítulo iremos discutir que, na medida em que a sociedade capitalista vai se desenvolvendo, há um aumento exponencial das desigualdades sociais, que será discutida por Engels (2010) e outros autores.

A trajetória histórica aponta para articulação entre os processos tendo em vista que, assim como no século XIX a Revolução Industrial foi substancial para apontar as relações entre as condições de vida, de trabalho e de adoecimento dos trabalhadores, no século XX tivemos outras influências em decorrência do desenvolvimento do MPC. Assim, Laurell (1982) aponta para estas questões que intensificam a discussão em torno do biológico e do social e que extrapolam estas esferas, haja vista a interação destes elementos com a dinâmica social. É necessário salientar também que as condições de vida, de trabalho e saúde, vão obter contornos diferenciados na periferia capitalista, como é o caso do Brasil e dos demais países da América Latina, com a agravamento a partir da crise do capital dos anos de 1970. Neste sentido, o debate da determinação social do processo saúde/doença demonstra a sua validade empírica e teórica.

¹⁵ Esta disputa entre ciências humanas e ciências sociais sempre existiram e obtém contornos diferenciados a partir da conjuntura histórica em que os processos se desenvolvem. Para exemplificar, podemos analisar a importância colocada pelas agências de fomento à pesquisa no Brasil, no século XXI em que se tem investimentos superiores para as ciências naturais e exatas em detrimento das ciências sociais e humanas. Ribeiro (2020, p.558) at al apontam ao analisar os dados de (BRASIL, 2015) que as ciências da saúde e biológicas receberam bem mais recursos financeiros do que “a grande área de linguística, letras e artes; ciências humanas e sociais aplicadas”. As autoras (2020, p. 559) sustentam que “é preciso considerar a prioridade dada para o desenvolvimento de pesquisas voltadas para o desenvolvimento do mercado, sustentando o processo de valorização do capital”. Leffa (2018) assinala que esse conflito se estabelece também em virtude das diferentes abordagens utilizadas, como exemplo, a qualitativa que centra-se em aprofundar o fenômeno a ser estudado e a quantitativa que concentra-se nas generalizações, com ênfase nas estatísticas.

1.1. Determinação à saúde: algumas premissas importantes de análise em âmbito mundial e na América Latina

O debate da determinação social do processo saúde-doença se desenvolve no Brasil principalmente a partir dos anos 1970, mas encontra seus substratos em processos anteriores em âmbito mundial de acirramento das desigualdades sociais, principalmente após a Revolução Industrial e os seus desdobramentos nas condições de vida e de saúde da classe trabalhadora. Neste processo, a discussão foi vinculada inicialmente ao campo da medicina social.

Andrade (2012) assinala a preocupação da relação entre saúde, doença e os aspectos sociais já a partir do século XIX, momento em que se tem um grande avanço científico que repercutirá no século XX. Neste cenário, o autor (2012) ressalta que foi possível verificar a articulação de processos que envolviam o rápido crescimento das cidades devido à urbanização estimulada pela revolução industrial, em que os estudiosos e as lideranças políticas observaram as relações entre o estado de saúde/doença e as condições sanitárias da população. Além disso, compreender qual deveria ser a posição do Estado frente a estas questões.

Birman (2005) também aponta para a importância dos aspectos históricos, e as reflexões do início do século XIX a partir da medicina científica que evidenciam a disputa da saúde individual e social das populações. Nesse sentido, o autor (2005) indica que o conflito entre o particular e o coletivo obtém significado diferenciado com o surgimento da sociedade industrial. Em suas palavras “a saúde das individualidades passa a incluir necessariamente as condições coletivas de salubridade, não sendo mais possível conceber a existência da saúde na exterioridade das condições sanitárias do espaço social” (BIRMAN, 2005, p.11). Portanto, é necessário realizar as mediações entre a individualidade e coletividade (as condições de vida, por exemplo) para compreender a complexidade que envolve o processo saúde/doença.

Rosen (1985) sinaliza que cada vez mais se evidenciava a necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e que estas exigiam intervenções governamentais, haja vista que crescia as desigualdades sociais. Em suas palavras, “na Inglaterra, a industrialização foi seguida por sérios problemas sociais, um dos quais, e não menos importante, foi à alta frequência de doenças, especialmente na população industrial” (ROSEN, 1985, p. 100). Por conseguinte, não se podia ignorar o vínculo entre as condições de vida e a saúde das populações¹⁶.

¹⁶Andrade (2012) baseado nas elaborações de Rosen (1979); Sigerist (1996); Restrepo; e Málaga (2011) destaca a contribuição de relevantes nomes da época, tais como René Villarmé, Jules Guérin e Rudolf Virchow, entre os cientistas do campo médico.

A partir do século XIX percebemos a relação entre as questões de saúde associada à industrialização e urbanização acelerada, tanto em países como a Inglaterra e a França, como também na Alemanha (ANDRADE, 2012), que geraram consequências para produção de conhecimento à época, seja para analisar ou para escamotear o fenômeno.

Ao refletir a atenção médica e a política social na Inglaterra do século XVII¹⁷ Rosen (1985, p. 182) aponta que “a pobreza era vista como uma abominação devido à falta de força moral e trabalho sistemático”. Assim, tínhamos uma visão restrita de pobreza e também um certo endeusamento do trabalho.

Além disso, ao discutir as condições das fábricas na Inglaterra, no século XIX, Rosen (1985, p.309) refere que alguns estudos tentam “demonstrar que o trabalho nas fábricas não prejudica a saúde dos trabalhadores”. Nesta perspectiva, percebemos que os processos relacionados às condições de trabalho e de saúde dos operários eram perceptíveis, porém, as questões eram colocadas no plano individual, como se o trabalhador não tivesse se adaptado ao trabalho. Sendo assim, desconsiderava as condições em que este ocorria, bem como a natureza da sociabilidade regida pelo capital e suas implicações para o mundo do trabalho, tendo em vista a expropriação dos trabalhadores.

Nesta conjuntura apreendemos os distintos movimentos da realidade, na medida em que as desigualdades sociais se acentuavam. Destacamos que na Alemanha na década de 1840 (século XIX) tivemos movimentos em prol de uma completa reorganização dos serviços de saúde, liderado por Virchow (ANDRADE, 2012). Este processo culminou na constituição de um comitê, em que o médico alemão tornou-se membro, dentre os objetivos estavam conter uma epidemia de tifo que encontrava-se destruindo o distrito industrial de Silésia. Nesta análise, Virchow constatou que as explicações para epidemia eram tanto de ordens econômicas, sociais e quanto físicas (SINGERIST, 1996 *apud* ANDRADE, 2012), ou seja, para além da repercussão da doença no corpo dos trabalhadores.

Diante deste quadro, Virchow recomendou que

A população vítima daquela epidemia necessitava, entre outras intervenções médicas, de “completa e ilimitada democracia, educação, liberdade e prosperidade”. As recomendações de Virchow para sanar a epidemia de tifo na Silésia do século XIX podem ser consideradas um prenúncio das políticas públicas saudáveis no campo da promoção da saúde (ANDRADE, 2012, p. 2).

¹⁷ O autor (1985) faz referência ao século XVII na medida em que aponta um aumento da pobreza na Inglaterra já a partir do final da Idade Média e que obterá contornos ainda mais agudizados a partir da Revolução Industrial.

Neste processo, Rosen (1979) refere que a Reforma Médica Alemã comandada por Virchow tinha três concepções bem estabelecidas, a saber:

1º. A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; 2º. As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica; 3º Devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas (ROSEN, 1979, p.135).

Neste cenário, por mais que tenhamos alguns avanços com o Movimento pela Reforma Médica na Alemanha do século XIX é fundamental ressaltarmos que este, de acordo com Andrade (2012, p.3) “caracterizou-se por ser um movimento da classe média liberal, que não questionava o direito de propriedade, nem mesmo dos meios de produção”. Portanto, fazia um debate que relacionava as condições de vida e os rebatimentos para a saúde da população, mas não atingia a gênese da questão, isto é, do modo de produção capitalista enquanto causador das desigualdades sociais.

Na análise da relação entre o debate da saúde e os acontecimentos históricos, Nunes (2007) indica a necessidade de considerarmos as Revoluções de 1848¹⁸, isso porque o autor (2007) ressalta que os sujeitos que na Europa reconheciam a saúde como assunto político e social foram reprimidos com a derrota desta conjuntura histórica. Neste sentido, Bloom (2002, p.15 *apud* Nunes, 2007, p. 21) assinala que a perspectiva da reforma da saúde vinculada a ciência social foi modificada para “um programa mais limitado de reforma sanitária e a importância dos fatores sociais em saúde rolou ladeira abaixo enquanto a ênfase biomédica esmagadora ganhou domínio a partir da revolução científica causada pelas descobertas bacteriológicas de Robert Koch”.

É elementar ponderarmos que embora tenhamos alcançado alguns progressos a partir das contribuições de Virchow, Rosen (1985, p. 79) refere que a ideia da relação entre a medicina

¹⁸ Netto (1998, p. 19) analisa que através do lema *igualdade, fraternidade e liberdade* se incutiu a falsa ideia do não confronto colocado pela burguesia enquanto classe hegemônica. Neste sentido, 1848 foi fundamental, de forma a evidenciar a contradição entre as demandas populares e a direção burguesa, em suas palavras: este momento histórico “trouxe à consciência social o ineliminável antagonismo entre capital e trabalho, burguesia e proletariado”. Dessa forma, o autor (1998, p.19) assinala que “em nível histórico-universal, a experiência de 1848 demonstrou os limites reais do projeto sócio-político conduzido pela burguesia - a *liberdade* deve se restringir à liberdade de concorrer no mercado, a *igualdade* esgota-se na formalidade jurídica e a *fraternidade* se resolve na retórica e no moralismo”. Portanto, os acontecimentos de 1848 foram essenciais para salientar a luta de classes.

e a ciência social não possui sua gênese neste pensador. Isso porque “a industrialização e seus problemas sociais levaram vários pesquisadores a estudar a influência de fatores como pobreza e ocupação no estado de saúde”. Neste sentido, constatamos que o desenvolvimento do modo de produção capitalista (MPC) vai contribuindo paulatinamente para o crescimento das desigualdades sociais, ainda que esta relação não esteja explícita na sociedade, ou seja, percebe-se o vínculo entre a doença e as formas de trabalho, por exemplo, mas ainda em muitas elaborações não há associação desta relação com o MPC¹⁹.

Sigerist (1996 *apud* Andrade, 2012) refere que um dos integrantes do Movimento de Reforma Médica Alemã, Neumann fundamentava o direito à saúde da seguinte maneira:

O Estado clama ser um estado que protege o direito de propriedade. Seu propósito é proteger os bens do povo. A maioria das pessoas, entretanto, possui apenas seu poder de trabalho, que depende inteiramente de sua saúde. Esta é sua única propriedade e o Estado, portanto, tem o dever de protegê-la e o povo tem o direito de exigir a sua saúde, sua única propriedade, seja protegida pelo Estado (Sigerist, 1996, p.226 *apud* ANDRADE, 2012, p.3).

A referida consideração é importante para fazermos um paralelo às contribuições de Foucault²⁰ (1979) no que se refere à relação entre a medicina e o capitalismo. Isso porque o autor (1979) aponta a vinculação entre o capitalismo e o biológico, no sentido do controle da

¹⁹ Além da questão da industrialização e do desenvolvimento da sociedade capitalista, Nunes (2007, p.20) indica que “essa foi uma época propícia para o levantamento de muitas questões, com o fim da política da tradição, das monarquias, a regra da sucessão das dinastias como direito divino e para situar inúmeros problemas, como o das precárias condições da classe operária”.

²⁰ Importante intelectual do século XX, com prestígio a nível mundial e produção ampla. Todavia, segundo Rodrigues (2006, p.16) “há uma espécie de fio condutor que liga toda a sua produção: a relação entre saber e poder e a constituição do sujeito moderno”. Utilizamos brevemente o autor neste trabalho, haja vista que este transita também na discussão em torno do surgimento da medicina social. Rodrigues (2006) acrescenta inclusive as transformações presentes na obra do referido autor. Rodrigues (2006, p.107) destaca que cabe “registrar que a posição política com a qual o filósofo francês se vincula, íntima e ativamente, contém duas peculiaridades, se comparada ao mundo das ideias e da práxis claramente identificado como de esquerda, ao longo de todo o século XIX e XX: o irracionalismo e a ênfase na transgressão”. Neste quadro, Rodrigues (2006, p.17) aponta que Foucault “construiu um projeto teórico-político cujo mandato social é opor-se a fase mais desenvolvida da dialética de sua época: a concepção da teoria social marxiana como uma ontologia do ser social”. Dadas tais considerações, é fundamental destacarmos que o pensamento Foucaultiano dá destaque aos indivíduos e as lutas descentralizadas, negligenciando assim um debate classista. Portanto, o autor parte de uma perspectiva teórica diferente da utilizada ao longo deste trabalho. Porém, isso não inviabiliza adotarmos tais contribuições para a discussão em tela, desde que isso esteja claro, haja vista que caso isso não aconteça, incorremos em um ecletismo teórico. Ver mais em: Rodrigues, Mavi. Michel Foucault sem espelhos: um pensador proto pós-moderno. Rio de Janeiro (Doutorado): UFRJ/ESS, 2006.

força de trabalho²¹. Em sua análise esse aspecto é fundamental para desenvolver as circunstâncias para o surgimento da medicina social, no século XIX. Nas palavras do autor:

o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista²² (FOUCAULT, 1979, p. 80).

Foucault (1979, p.88) discute a relação da questão da exclusão e da medicina destacando que desde a Idade Média e também no século XVII, “o mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora, e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina da exclusão”. Este direcionamento da medicina vai impactar diretamente a relação entre Estado, sujeitos, saúde, doença, bem como as ações em torno destes elementos.

Foucault (1979) expõe que a medicina da força de trabalho foi à última etapa da medicina social e elenca alguns aspectos que justificam esse posicionamento, a saber:

Por que os pobres não foram problematizados como fonte de perigo médico, no século XVIII? Existem várias razões para isso: uma é de ordem quantitativa: o amontoamento não era ainda tão grande para que a pobreza aparecesse como perigo. Mas existe uma razão ainda mais importante: é que o pobre funcionava no interior da cidade como condição da existência humana (...) realizavam incumbências, levavam cartas (...). Eles faziam parte da instrumentalização da vida urbana (FOUCAULT, 1979, p. 94).

O autor (1979, p. 94) refere que somente a partir do segundo terço do século XIX que tivemos uma mudança com relação ao “pobre”²³ agora visto como uma ameaça, devido às seguintes causas: em razão política, em virtude das agitações sociais, Revolução Francesa e também na Inglaterra. Além disso, refere que o desenvolvimento das cidades foi construindo

²¹ Foucault (1979, p.97) aponta principalmente o desenvolvimento da Medicina na Inglaterra, no século XIX como “essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”.

²² Nessa passagem podemos verificar uma das discordâncias de Foucault com Marx, no sentido de avaliar a relação do capitalismo no que tange a questão da consciência e da ideologia. No entendimento da produção e da reprodução das relações sociais.

²³ Cabe salientar que no decorrer de sua obra Foucault (1979) utiliza essa terminologia, numa polarização imediata entre ricos e “pobres”. Em outras obras, como Engels (2010), Rosen (1985) essa palavra também aparece, porém, associada às relações sociais de produção.

serviços que substituíssem as funções realizadas pelos pobres, como serviço postal, por exemplo. Ademais, “a cólera de 1832, que começou em Paris e se propagou por toda a Europa, cristalizou em torno da população proletária ou plebeia uma série de medos políticos e sanitários”. Esse processo, de acordo com Foucault (1979, p. 94) fomentou a divisão do espaço urbano diferenciado entre ricos e “pobres”, haja vista que “a coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos foi considerado um perigo sanitário e político para a cidade”.

Diante do exposto, embora Foucault (1979) considere a evolução diferenciada da medicina social na realidade inglesa, por exemplo, em virtude do processo de desenvolvimento industrial, de controle da saúde e do corpo, é imprescindível refletir que o referido autor não examina estes aspectos relacionados organicamente a ascensão do modo de produção capitalista²⁴.

Consideramos que a análise acerca da realidade social é basilar, haja vista que este progresso industrial tende a assentar ainda mais as desigualdades sociais e isso não se cristaliza em termos teóricos na obra do mencionado pensador, posto que o seu foco são as relações de saber e poder sem mediá-las aos processos de desigualdades, cuja análise está alicerçada no modo de produção e reprodução social. A situação que o autor (1979) apresenta com relação aos “pobres”, nada mais é do que a questão de classe, ou seja, da conformação da classe trabalhadora com a revolução industrial, tanto no aspecto produtivo quanto na reprodução social. Este processo evidencia a relação de conflito existente quando inclusive se fundamenta a questão da segregação socioespacial. Portanto, a propriedade privada, a inserção nesta sociabilidade irá direcionar as condições de habitação, de acesso à saúde, bem como de se vivenciar a doença, dentre outros aspectos. Isto é, é necessário pensarmos o modo de produção capitalista como uma totalidade que articula produção e reprodução social.

Nesta análise, acerca das problematizações acerca das condições de vida e do processo saúde e doença, destacamos a elaboração de Engels intitulada *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* e publicada em 1845. Engels (2010) analisa as consequências da revolução industrial e da urbanização acelerada para a sociedade, principalmente para os trabalhadores. Engels (2010) ressalta a questão dos óbitos por fome.

²⁴ Neste sentido, Foucault (1979, p.80), por exemplo, não está preocupado com as desigualdades sociais, na sua concepção estas são óbvias e estão dadas. A essência de sua obra relaciona-se ao que o autor denomina de biopoder, que possui vínculo entre o poder que se inaugura com o capitalismo e tem relação com o formato assumido pelo Estado, bem como o controle “no corpo, com o corpo”.

Muito mais numerosas foram as mortes causadas indiretamente pela fome, porque a sistemática falta de alimentação provoca doenças mortais: as vítimas viam-se tão enfraquecidas que enfermidades que, em outras circunstâncias, poderiam evoluir favoravelmente, nesses casos determinam a gravidade que levou à morte. A isso chamam os operários ingleses de assassinato social e acusam nossa sociedade de praticá-lo continuamente. Estão errados? (ENGELS, 2010, p. 69).

Nesta conjuntura, a sociedade vai passando por profundas transformações advindas do processo de industrialização e do desenvolvimento do capitalismo. Este contexto expressa também mudanças significativas para o “mundo do trabalho”, tanto no que tange às questões referentes ao desemprego quanto também ao aumento do grau de exploração dos trabalhadores. “A concorrência recíproca que eleva ao máximo o desempenho do trabalhador, a divisão do trabalho, a introdução das máquinas e a utilização das forças naturais provocam o desemprego de um grande número de operários” (ENGELS, 2010, p.122). Por este ângulo, fica evidente que o intuito do capitalista é obter cada vez mais a mais-valia e para isso investe tanto em trabalho morto quanto intensifica o ritmo de trabalho dos trabalhadores. Os impactos deste processo são um aumento exponencial das desigualdades sociais.

Engels (2010) analisa as cidades inglesas²⁵ do século XIX e aponta para a questão da segregação socioespacial a que os trabalhadores estavam submetidos. Dessa forma, os espaços eram bem delimitados e, sobretudo, os trabalhadores estavam inseridos em áreas muito precárias no que se refere às condições de habitação, saúde, e saneamento básico, por exemplo, e estas péssimas condições de vida impactavam no processo de adoecimento. Portanto, os operários na Inglaterra, “não podem conservar a saúde nem viver muito tempo” (ENGELS, 2010, p. 136). Nas palavras de Engels (2010)

Dadas tais condições, como esperar que a classe mais pobre possa ser sadia e viva mais tempo? Que mais esperar, senão uma enorme mortalidade, epidemias permanentes e um progressivo enfraquecimento físico da população operária? Vejamos os fatos. Testemunhos provindos de fontes as mais diversas confirmam que as habitações operárias nos piores bairros

²⁵Neste processo, Engels (2010) expõe em uma sessão a situação da cidade de Manchester, a partir dos seguintes trechos: “(...) As grandes cidades são principalmente habitadas por trabalhadores (...). Estes trabalhadores não têm absolutamente nenhuma propriedade e vivem do salário, que quase sempre passa da mão para a boca (...). As moradias dos trabalhadores são, sem exceção, mal arrançadas, mal construídas, mantidas em péssimas condições (...) insalubres (...). Os alimentos são em geral ruins, frequentemente intragáveis, e em muitos casos, pelo menos temporariamente, em quantidades insuficientes, de tal forma que, no caso extremo, se morre de fome” (ENGELS, 2010, p. 318).

urbanos, somadas às condições gerais de vida dessa classe, provocam numerosas doenças (ENGELS, 2010, p.138).

Rosen (1985) reafirma a análise de Engels (2010) uma vez que reflete acerca da relação entre as doenças e as atividades laborais, ou seja, da ligação entre a doença, a forma e as condições às quais os trabalhadores adquirem o seu sustento. Em suas palavras, “as doenças causadas por dietas precárias, como raquitismo e escorbuto dizem muito sobre a dieta, condições de vida, aspectos da classe social e outras facetas da sociedade” (ROSEN, 1985, p. 53).

Corroboramos com a análise de Rosen (1985, p. 57) na medida em que este problematiza não só a relação entre a doença e a situação socioeconômica da população, mas também no que tange os cuidados em saúde, haja vista que estes “também refletem a estrutura de uma sociedade, particularmente a sua estratificação e divisão social. A posição tem seus privilégios tanto na saúde quanto na doença”.

Nesta acepção, Rosen (1985) evidencia que

As condições políticas e sociais também influenciam a saúde e a mortalidade da população. Em todo o mundo, os ricos geralmente gozam de melhor saúde e vivem mais que os pobres. Cada epidemia, seja de febre intermitente, febre tifóide ou cólera, produz mais nas classes pobres e, em muitos lugares, a tal ponto que a cólera em particular foi chamada de doença do proletariado. Os pobres, naturalmente, não sofrem mais com doenças do que os ricos devido ter menos dinheiro no bolso, mas apenas na medida em que são privados do necessário a vida (ROSEN, 1985, p. 109).

Portanto, os trabalhadores vivenciavam condições inadequadas de sobrevivência e isto ficava cada vez mais evidente na medida em que a sociedade capitalista se consolidava. Porém, as referidas desigualdades podem ser naturalizadas ou problematizadas. Neste sentido, Rosen (1985) destaca que esta análise serve tanto para o presente quanto para o passado. Em sua compreensão,

(...) a existência de uma doença em uma dada população em um dado momento não é uma causalidade. Possui configuração definida pela etiologia, incidência, prevalência e mortalidade em relação à idade, sexo, classe social, ocupação, estilo de vida ou outros fatores ligados de uma maneira ou de outra à estrutura social, a cultura e psicologia de uma sociedade. Assim, na medida em que a doença deriva das condições e relações sociais em que o ser humano vive (ROSEN, 1985, p. 53).

Andrade (2012, p. 5) identifica que já nesta conjuntura histórica há uma disputa importante no campo da relação entre saúde/doença e sociedade. “(...) A forma de conceber e explicar o processo de determinação da doença a partir das condições de vida população e, de outro, com base na revolução pasteuriana²⁶, que fundamentou o paradigma da determinação biológica do processo saúde/doença”. Logo, há um conflito aberto que significa inclusive os diferentes projetos de sociedade, seja através da perpetuação do modo de produção capitalista (do enfoque exclusivamente biológico e natural que atribui aos indivíduos as responsabilidades pelas suas condições), seja da superação desta sociabilidade (que considere que as péssimas condições de vida da maioria da população estão alicerçadas na lógica do MPC).²⁷

É basilar destacarmos que o debate da relação entre as condições de vida e de trabalho com a saúde avança através das reflexões da medicina e, posteriormente, essas análises se desenvolvem nas ciências sociais, tendo em vista os aspectos cronológicos de surgimento dessas áreas do conhecimento.

Rosen (1985, p. 119) expõe que “a origem da medicina social e a atividade prática nesse campo derivam da existência e da divisão de classes, que diferem entre si não apenas por suas funções sociais, mas também pelos diferentes padrões de vida que caracterizam os membros dessa classe”. É central compreender que o MPC é produção e reprodução social, interferindo tanto nos aspectos da objetividade quanto da subjetividade dos sujeitos sociais e da forma com que estes sujeitos sociais se percebem e se inserem na realidade social.

²⁶Buss e Pellegrini (2007, p.79) indicam que “nas últimas décadas do século XIX, com o extraordinário trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur, afirma-se um novo paradigma para a explicação do processo saúde e doença. A história da criação da primeira escola de saúde pública nos Estados Unidos, na Universidade Johns Hopkins, é um interessante exemplo do processo de afirmação da hegemonia Johns Hopkins, é um interessante exemplo do processo de afirmação da hegemonia desse “paradigma bacteriológico”.

²⁷ A relação que aqui se estabelece é de que para além das descobertas biológicas aumentarem significativamente o poder da medicina, conforme discutido por Birman (2005), se associa a um processo mais amplo que obtém contornos diferenciados com a revolução pasteuriana. Portanto, não é um processo que se constitui apenas com o crescimento do estudo acerca do biológico, mas, sobretudo, em virtude de que a “leitura naturalista se impôs como razão triunfante, legitimando com sua universalidade as práticas de medicalização” (BIRMAN, 2005, p. 12). Esta reflexão indica, logo, que há uma tentativa de não se evidenciar, ou melhor, de não se considerar os aspectos sociais e das condições de vida da população. O biológico se torna “autônomo”, como se a sua manifestação e desenvolvimento ocorresse igualmente nas diferentes classes sociais. Neste sentido, por estar fundamentada na naturalização, a revolução pasteuriana acaba por corroborar com a perpetuação das relações sociais capitalistas.

Rosen (1985, p. 125) prossegue o raciocínio e aponta que a “sociedade como um todo, a ideologia do individualismo complacente começou a ser debatida e a conscientização dos problemas sociais, incluindo os problemas de saúde, tornou-se extremamente aguda”.

É fundamental acentuarmos que esta busca por fundamentação teórica da interface saúde e sociedade teve contribuições da produção latino-americana intitulada de Epidemiologia Social (ANDRADE, 2012). Esta formulação, de acordo com Nunes (1999 *apud* Andrade, 2012, p.7-8) “na década de 70 ‘bebeu na fonte’ do materialismo dialético, e, com a produção no campo da PS²⁸ nos últimos trinta anos, surge como uma reação à medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde”. Salientamos aqui as contribuições de Laurell (1982) na medida em que há articulação entre o processo saúde-doença ao processo social, imprescindível para a determinação social. Na compreensão da referida autora:

Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, a apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (LAURELL, 1982, p. 16).

Diante desse quadro, a compreensão da promoção da saúde por uma perspectiva ampliada assinala para a relação entre as determinações do processo saúde/doença e o contexto histórico e socioeconômico (ANDRADE, 2012). Nesta conjuntura²⁹, o autor destaca que essas determinações

Não atuam apenas no período pré-patogênico da doença, mas teriam influência decisiva em todo o percurso do adoecimento, e mais, determinariam uma distribuição desigual das doenças na sociedade, pois as condições de vida e reprodução social também eram desiguais, cabendo aos setores menos

²⁸ Promoção da Saúde.

²⁹ Nesta análise, é fundamental considerarmos a relação entre a Epidemiologia latino-americana e a crítica realizada ao modelo elaborado pela Epidemiologia. Neste sentido, uma das críticas efetuadas é de que por mais que se tenha um crescimento do social na saúde, este desenvolvimento ainda ocorre de forma circunscrita às abordagens biologicistas, ainda que aparentemente ampliadas pela abordagem do social. Borde e Álvarez e Porto (2015, p.841) acrescentam que este cenário se torna ainda mais complexo, “devido à apropriação funcional das propostas e da terminologia crítica, culminando em uma aparente unanimidade retórica, na inviabilização de abordagens alternativas e, em consequência da última, a constituição de uma “universalidade radicalmente excludente” (LANDER, 2005, p.26) dentro do campo teórico da epidemiologia”. Portanto, há algumas alterações que são aparentes, mas que não atingem a essência da relação entre o social e a saúde. Além disso, a crítica a Epidemiologia pode ocorrer por dois vetores, um relacionado a uma abordagem “pseudossocial” e outro por uma negação do social.

favorecidos da sociedade capitalista uma cota bem maior de sofrimento que aos setores da classe média e empresários (ANDRADE, 2012, p. 10).

Rosen (1985, p.74) assinala também que compreende a conexão entre a análise histórica e o social, e aponta que “todo fenômeno social é resultado de um processo histórico, isto é, de fatores sociais que operaram nas relações humanas durante um certo período”, portanto, uma relação intrínseca desenvolvida na realidade social.

Desta forma, estas reflexões estão fundamentadas no debate de classe, isto é, não há um determinismo ao comparar as distintas formas de adoecer, as doenças, o acesso à saúde, dentre outros elementos. O que se evidencia nesta análise é a falta de condições objetivas de vida. Portanto, são questões estruturais da sociabilidade capitalista, ou seja, não são aspectos meramente individuais, subjetivos, transitórios, desprendidos de uma realidade social que é concreta. Neste sentido, há uma articulação entre objetividade e subjetividade, entre produção e reprodução social, como elementos constitutivos da realidade que trazem implicações reais para o cotidiano dos sujeitos sociais.

As ponderações estabelecidas nos indicam a necessidade de pensarmos a relação da determinação à saúde ancorada aos processos frutos das dinâmicas sociais, haja vista que as transformações em âmbito mundial terão repercussões intensas na América Latina e no Brasil. A partir dessa conjuntura, haverá uma incorporação desse debate pela chamada “ciências sociais em saúde”.

1.1.1 A crise do capital dos anos de 1970: impactos para o debate da saúde

Na análise da saúde é substancial considerarmos os aspectos históricos, como a crise do capital dos anos 1970 - no período anterior à crise, o capitalismo vivia um ciclo próspero, baseado no padrão de acumulação fordista/taylorista (produção em massa e em série), onde se teve uma expansão das taxas de lucro, mas que na década de 1970 começava a apresentar alguns sinais de esgotamento³⁰. Na análise de Antunes (1999, p.29-30) os sinais mais expressivos deste

³⁰ Antunes (1999, p.35) refere que são necessárias as análises de diversos elementos para compreendermos a crise dos anos 70, haja vista a grande complexidade, na medida em que “ocorreram mutações intensas, *econômicas, sociais, políticas, ideológicas* com fortes repercussões no ideário, na subjetividade e nos valores constitutivos da classe-que-vive-do-trabalho, mutações de ordens diversas e que, no seu conjunto, tiveram forte impacto”.

esgotamento foram: “a queda da taxa de lucro³¹, o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista³², a hipertrofia da esfera financeira, a maior concentração de capitais, a crise do *Welfare State* e o incremento acentuado das privatizações e as desregulamentações”. É primordial destacarmos que estes processos interferem tanto na dinâmica dos países de capitalismo central quanto nos periféricos, como o caso dos países da América Latina, haja vista que as nações capitalistas buscam transferir, na medida do possível, as repercussões da crise para a periferia capitalista.

Mendes (2015) fundamentado nas análises de Chesnais (2005) refere que a crise

Deve ser entendida como resultado das tendências de longo prazo na acumulação capitalista, a partir da persistente queda da taxa de lucro nas décadas pós-guerra e que não foi, posteriormente, invertida totalmente. Acrescentamos à explicação dessa crise, a tendência que decorre do enfretamento a esse declínio da lucratividade, isto é, o processo de financeirização, em que o capital portador de juros (capital financeiro), particularmente o capital fictício, busca assegurar lucros imediatos, passando a desempenhar a dominação na dinâmica do capitalismo nos últimos trinta anos (MENDES, 2015, p. 70).

Estamos partindo da apreensão da necessidade de fazermos uma reflexão macrossocial, na medida em que vão ocorrer diversas modificações em virtude da crise do capital. Estas alterações vão se processar no mundo do trabalho, na organização dos trabalhadores, no Estado e no próprio capital. Na tentativa de se recuperar da crise, o capital utilizará de uma série de mecanismos, como: a substituição do padrão taylorista/fordista pela acumulação flexível³³, a reestruturação produtiva, e o neoliberalismo, entre outros fatores. O objetivo central destas modificações será recuperar as taxas de lucro através de uma intensificação da exploração do trabalho e da desregulamentação dos direitos sociais. Antunes (1999, p.36) aponta que, na verdade, se tinha uma “intervenção fenomênica na crise, na medida em que (...) tratava-se, para o capital, de reorganizar o ciclo reprodutivo preservando seus fundamentos essenciais”.

Antunes (1999, p.32) destaca também que este período representou “uma ofensiva generalizada do capital e do Estado contra a classe trabalhadora”. Além disso, o autor (1999)

³¹Antunes (1999) apresenta que dentre os fatores que contribuíram para a queda da taxa de lucro, estão aqueles relacionados com o aumento do preço da força de trabalho, considerando o pacto fordista.

³² Antunes (1999) aponta que este cenário é fruto de um encolhimento em virtude do desemprego estrutural que já estava progredindo e de uma *crise estrutural do capital*.

³³ Antunes (1999, p.36) demarca que estas transformações se realizam “no interior do *padrão de acumulação* (e não no modo de produção)”, ou seja, o que se tem é modo de produção capitalista se reinventando para tentar sair da crise.

refere que todo este processo se gesta obtendo contornos diferenciados entre os países, dado que nos países periféricos a reestruturação produtiva ocorreu nos marcos da subalternidade, onde se acirra ainda mais o desemprego, a precarização do trabalho e a incipiência de direitos sociais, como se trata da inserção da América Latina.

Esta conjuntura trouxe diversas repercussões para o mundo do trabalho, sobretudo, para os processos organizativos, Antunes (1999, p.38) indica que o processo taylorista/fordista “ofereceu a ilusão de que o sistema de metabolismo social do capital pudesse ser *efetiva, duradoura e definitivamente* controlado, regulado e fundado num compromisso entre capital e trabalho mediado pelo Estado”. Isso posto, houve uma confluência tanto das organizações sindicais quanto partidárias³⁴ em lutar pela ampliação da capacidade política do Estado, isto é, uma luta em conformidade com os marcos da sociabilidade do capital.

Estas circunstâncias expressam ataques diretos aos direitos sociais, sendo estes factíveis, tendo em vista o papel essencial do Estado em criar as condições necessárias para que o processo de acumulação capitalista se desenvolva. Nesta compreensão, o Estado neoliberal não é colocado em cena por acaso, a sua função será propiciar as circunstâncias desejáveis para o mercado e criticar abertamente o papel do Estado, principalmente no que tange o social³⁵. As alterações no mundo do trabalho (via acumulação flexível) e no âmbito do Estado (com o neoliberalismo) serão um terreno propício para o desenvolvimento das premissas pós-modernas³⁶ e por uma ofensiva brutal aos direitos sociais, principalmente na realidade latino-americana em que estes já se configuram de formas incipientes.

³⁴ Isso não implica em tomarmos que não havia frentes dentro destes espaços que questionassem diretamente o modo de produção de capitalista e percebessem o caráter de classe do Estado.

³⁵ Para esfera social o lema é políticas compensatórias, restritivas e focalistas. Para um aprofundamento no tema ver em: BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo. Cortez, 2011.

³⁶ Neste sentido, Duriguetto (2009, p.1) nos indica que “a afirmação, no campo teórico e político, da perspectiva pós-moderna, não pode ser analisada fora do contexto econômico e político no qual emergiu a partir das três últimas décadas do século passado. Este período marca o esgotamento do ciclo de expansão e vigência do padrão de acumulação fordista e do regime Welfariano, vindo a se manifestar em uma crise estrutural do capital”. Lembramos ainda que, para combater a crise, o Estado vai adotar a perspectiva neoliberal. A autora (2009, p.2) assinala ainda que “a visão de mundo pós-moderna é também uma ofensiva ideológica e cultural do capitalismo contemporâneo”. Ao partirmos do pressuposto de que há uma relação entre as alterações no mundo do trabalho, o neoliberalismo e as premissas pós-modernas, ressaltamos que existe uma relação entre os fenômenos em curso na sociedade. Este vínculo não ocorre de forma mecânica. Tem-se, uma interação dialética entre os elementos que compõem a realidade social. Nas palavras de Duriguetto (2009, p.4), a realidade “é uma totalidade cheia de conexões”.

Trazemos a problematização as inúmeras repercussões negativas para aqueles que vivem do trabalho, principalmente os que estão situados em países que compõem a periferia capitalista, como é a posição da América Latina, tendo em vista os processos de mundialização do capital, de reestruturação produtiva e de neoliberalismo. Essa conjuntura impacta diretamente num acirramento das expressões da “questão social”, tendo em vista as modificações no mundo do trabalho e também um distanciamento por parte do Estado no que se refere às políticas sociais. Dessa forma, os países latino-americanos se norteiam a partir da política econômica de ajuste fiscal, ditada pelo Banco Mundial (BM), que influencia diretamente no acesso da população aos direitos sociais, cada vez mais focalizados e que dada esta conjuntura de acirramento das desigualdades sociais é o momento em que a população mais necessita de acessar a tais direitos.

Rizzotto (2000, p.115) refere a atuação do BM na relação com as políticas sociais, ocorre em consonância com a conjuntura histórica e com o “grau de influência que os diferentes setores desempenhavam ou poderiam desempenhar no processo de expansão e acumulação capitalista”. Acerca do setor saúde, este passa a se tornar área de interesse para BM, a partir de finais dos anos 1970, “vinculada a questão do combate à pobreza e à satisfação das necessidades humanas básicas, mesmo assim, restrita aos aspectos do controle demográfico” (RIZZOTTO, 2000, p.115).

A relação entre saúde e capitalismo, portanto, se faz por diferentes aspectos que se articulam dialeticamente, haja vista que MPC – é pautado na expropriação e que isso acentua as desigualdades sociais. É notório que, quando estamos diante de crises, estas desigualdades são ainda mais acentuadas e isso reverbera diretamente na saúde, tendo em vista que a compreendemos por uma perspectiva ampliada, e mais, por entender a relação existente entre a realidade macrossocial e microssocial, entre a forma de produzir e se reproduzir socialmente.

Este cenário irá refletir propriamente no cotidiano dos sujeitos sociais e irá reforçar a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, na medida em que esta evidencia que as desigualdades sociais são causadas pelo MPC e que dada à conjuntura de crise do capital terá como um dos objetivos imprimir as políticas sociais, uma lógica focalizada e mercadológica. Mesmo nesse contexto adverso, o debate da determinação social do processo saúde-doença irá se desenvolver na América Latina, colocando-se contra a corrente, no sentido de apresentar uma perspectiva crítica, que relaciona as condições de vida dos sujeitos ao desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção. Assim sendo, evidencia a base de sustentação das desigualdades sociais.

É basilar, portanto, ponderarmos tanto os aspectos relacionados ao desenvolvimento das ciências sociais quanto à relação entre o social e a saúde na América Latina. Nunes (1992) revela que o empenho em se debater a vinculação entre o social e saúde ocorreu dentre outros elementos, em virtude de que

Para muitos estudiosos, o impulso dado ao campo esteve bastante relacionado ao estudo dos fatores sócio-culturais na etiologia das doenças mentais pelo fato de ter-se constatado alta prevalência de desordens psiquiátricas durante a seleção da população masculina para o serviço militar, como também pelo aparecimento de sintomas psiquiátricos nos processos de reabilitação pós-guerra. Como se sabe, as condições geradas no pós-guerra foram fundamentais para as transformações ocorridas na América Latina, e que iriam se refletir principalmente naqueles problemas associados à industrialização, à migração do campo para a cidade e a expansão do sistema educativo (NUNES, 1992, p. 61).

Diante disso, percebemos uma congruência entre as transformações societais e os debates desenvolvidos na saúde. Nesta concepção, a importância de se perceber os distintos movimentos da realidade, haja vista que esta passa por contínuas modificações e incide diretamente na produção do conhecimento e nos debates desenvolvidos na sociedade.

1.2 A interlocução do debate entre as Ciências Sociais e a saúde: particularidades da América Latina e o debate brasileiro

Conforme salientamos, o debate da relação entre o social e saúde tem origem na medicina e a posteriori se desenvolve nas ciências sociais³⁷. Nunes (2006, p. 65) analisa que “as ciências sociais, e particularmente a sociologia, projetaram-se na América Latina entre as décadas de 1930 e 1950, quando ocorreram prenúncios de uma preocupação com a saúde, embora tenham se desenvolvido separadamente”. No que se refere ao Brasil, Nunes (2006, p. 65) destaca a fundação da “Escola de Sociologia e Política, em 1933, e da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, em 1934”.

³⁷Nessa análise é importante considerarmos que epistemologicamente as ciências sociais nasceram depois das ciências naturais (incluindo-se aí a própria medicina). Neste sentido, a relação entre o social e a saúde surge na Medicina, não porque as ciências sociais não se preocupavam com essa relação, mas devido aos próprios aspectos cronológicos de surgimento e desenvolvimento, ao fato de que estava em processo de construção o que hoje designamos de ciências sociais.

O autor (2006, p.65) sinaliza que estes processos foram fundamentais para “o desenvolvimento do pensamento social e das pesquisas, sem, contudo, terem assumido a questão da saúde como tema durante longo período. Assim, o delineamento da produção científica em ciências sociais permite verificar períodos distintos”. Nesta periodização, em termos de América Latina, Nunes (2006) evidencia que

Tem-se adotado para a América Latina os períodos: de 1880 a 1930, caracterizado pela pesquisa bacteriológica e parasitológica ligada aos problemas da produção agro-exportadora; de 1930 a 1950, desenvolveu-se a pesquisa básica e clínica vinculada ao desenvolvimento hospitalar, paralelamente a um grande impulso no processo de industrialização; de 1960-1970, observou-se um renascimento da medicina tropical, relacionada à produção agropecuária; também, neste período iniciaram-se estudos sobre os serviços de saúde frente à necessidade de racionalizar a redução de gastos estatais no setor (GARCIA, 1971). Somente na década de 70 foi possível observar um desenvolvimento mais sistemático de estudos sociais em saúde (NUNES, 2006, p. 65).

Ao pesquisar o desenvolvimento das ciências sociais em termos de Brasil, Nunes (2006) ressalta a elaboração de Castro em 1933 acerca das condições de vida das classes operárias em Recife. O autor (2006) salienta que este estudo foi pioneiro ao discutir esta temática no país. Todavia, revela que assim como ocorreu com “os clássicos da sociologia, os clássicos brasileiros não adotaram a medicina e a saúde como temas específicos de pesquisa”. Portanto, ainda que se tivessem elaborações da relação entre a saúde e as condições de vida, estas não obtinham proeminência.

Diante do contexto observado, verificamos que se tem certa dificuldade de se operacionalizar os estudos em torno das questões relativas à saúde, (isso porque esta reflexão pode demonstrar a vinculação entre saúde/doença às condições de vida, na medida em que tem uma análise mais criteriosa da realidade e de possíveis relações entre os fenômenos em curso) embora em alguns momentos este debate obtenha destaque. Além disso, Alves e Rabelo (1998, p.15) indicam algumas complexidades referentes às ciências sociais e à saúde, em virtude de uma composição bastante heterogênea, associado também à questão da formação, onde poucos pesquisadores tinham uma “formação sistemática na área das ciências sociais”. No que tange a heterogeneidade dos pesquisadores, os autores (1998, p.14) esclarecem que, “entretanto, não significa afirmar que as ciências sociais em saúde não possuam um núcleo epistêmico específico”.

Neste sentido, Nunes (2006, p. 66) ressalta que no decorrer da década de 1960, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e algumas instituições norte-americanas inclinaram-se para os estudos “econômicos que poderiam interferir na adoção de medidas de saúde pública e na formulação de metodologias para o planejamento em saúde”. Essas ações muito voltadas para a questão do desenvolvimentismo³⁸. O autor (2006, p.66) refere que neste período tivemos a compreensão de que a perspectiva unicausal³⁹ seria “incapaz de explicar as complexas relações entre as condições de vida da população, e suas doenças e a busca de explicações multicausais”. É neste contexto que nos anos 1970 as elaborações avançam na compreensão do processo saúde-doença, a partir da “utilização de um marco de referência que ultrapassa a explicação multicausal - a determinação social da doença” (NUNES, 2006, p. 66).

Ressaltamos que a produção brasileira sobre a relação saúde e sociedade avança, sobretudo, nos anos 1970. Alves e Rabelo (1998, p.14) destacam que é evidente que anteriormente a esse momento existia estudos referentes “a problemática sócio-cultural da saúde. Contudo, somente nos fins da década de 60 e princípios de 70 é que passamos a ter uma massa crítica de profissionais acadêmicos interessados pelas relações dinâmicas entre a nossa sociedade e as questões de saúde”. Os autores (1998) ressaltam nessa relação a importância dos cursos de pós-graduação, em especial, aos departamentos e institutos de saúde pública/coletiva, medicina social e preventiva, além das elaborações oriundas da Reforma Sanitária Brasileira. Sublinhamos a elaboração de Donnangelo (1979) que inova no trato concebido a relação entre medicina, prática social e estrutura da sociedade. Na obra supracitada, a autora (1979) indica que a ideia basilar que se procurará pesquisar é

A de que a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da

³⁸Em outra elaboração, Nunes (2007, p.22) destaca que esse processo ocorre principalmente após a Segunda Guerra Mundial, em especial, nos anos 1950 e 1960, em que se “preconizava que o desenvolvimento dos países do chamado terceiro mundo passava necessariamente por um programa de substituição de importações, que possibilitaria o surgimento de um setor industrial, produtor de manufaturados, permitindo a acumulação de capital”.

³⁹ A teoria da unicausalidade surgiu no século XIX e preconizava que cada doença possui um agente específico. Uma das questões fundamentais que se desdobram dessa teoria é o protagonismo colocado para os vírus e as bactérias como motivo único para o desencadeamento das doenças, em detrimento das explicações sobrenaturais como elucidação para as doenças na sociedade. Por ter uma análise restrita e focalizada nos aspectos biológicos dos vírus e bactérias, a teoria unicausal oculta as desigualdades sociais produzidas pela sociedade capitalista.

participação no controle de tensões e antagonismos sociais (DONNANGELO, 1979, p.14).

Dessa forma, verificamos que na década de 1970 o debate medicina e estrutura social atinge um novo patamar, que considera a questão da força de trabalho, mas que vai além e problematiza aspectos de acesso limitado, da relação entre medicina e tecnologias, da indústria farmacêutica, dentre outros elementos. Neste sentido, Donnangelo (1979, p.22) ressalta que “a prática médica se estrutura por referência a objetivos que se encontram dados fora dela, na estrutura econômica e político-ideológica das sociedades nas quais se integra”.

Conforme destacamos, este processo de se investigar a gênese das ciências sociais em saúde “é fundamental para elucidar os aspectos em curso, bem como as distintas apropriações e conjunturas”. Nunes (2006) indica que

(...) em âmbito internacional, os autores são unânimes em afirmar que esse campo começou a se estruturar a partir da Segunda Guerra Mundial. Embora, existam antecedentes importantes, as preocupações com o social expressam-se diante dos problemas enfrentados pelos países europeus e Estados Unidos durante a reconstrução econômica, política e social (NUNES, 2006, p. 65).

Compreendemos ainda que este processo de desenvolvimento das Ciências Sociais inclusive, no que tange a saúde, ocorreu de forma diferenciada entre os países, tendo ocorrido primeiramente nos países centrais e tardiamente na América Latina (NUNES, 2006). Haja vista que a industrialização foi um marco elementar para desenvolver estudos que fizessem a relação entre as doenças e as condições de vida da população e teve suas origens nos países de capitalismo central.

Neste cenário, Ianni A⁴⁰ (2011, p.37) sustentada na análise de Carvalho (1997) também aponta que é essencial pensarmos na diferenciação do desenvolvimento das ciências sociais a partir das distintas realidades históricas, haja vista que na Europa as questões estiveram

⁴⁰Aurea Ianni é Cientista Social. Professora Doutora do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. É imprescindível ressaltarmos que partimos de uma perspectiva teórica diferente de Ianni. Uma vez que a autora apresenta críticas com relação à modernidade e ao esgotamento da formulação teórica de determinação social. Utilizamos a autora no sentido de trazer uma contextualização histórica de marcos importantes para a Saúde Coletiva e não ao fato de termos caímos em ecletismo teórico. No decorrer do trabalho, iremos inclusive nos contrapor a alguns argumentos utilizados pela autora.

associadas aos aspectos urbano-industriais e “no Brasil, se institucionalizaram acertando as contas com o Império e associadas, portanto, à construção do Estado”⁴¹.

Dessa forma, fundamentadas nas diferenciações entre as formações sócio-históricas considerarmos que este processo de análise da relação entre saúde, medicina e sociedade ocorreu de forma diferenciada entre os países, tanto com relação ao tempo histórico quanto ao arcabouço teórico. Na compreensão de Ugalde (1988) ao passo que a perspectiva teórica que avança nos Estados Unidos estava associada ao conservadorismo, o desenvolvimento das ciências sociais na América Latina tinha uma diretriz notoriamente progressista, na concepção das classes dominantes latino-americanas com um caráter subversivo. Portanto, de compreender a necessidade da supressão desta sociabilidade. É necessário sublinhar que esta posição latino-americana tem suas raízes vinculadas aos processos em curso naquelas conjunturas, de efervescência dos movimentos revolucionários, como, por exemplo, a Revolução Cubana, ainda que com desafios. A compreensão de Netto (2012), acerca da América Latina aponta que

É compreensível, pois, que uma efetiva *unidade* latino-americana só possa ser pensada como não identitária, como *unidade do diverso*. Esta unidade latino-americana é um processo em construção, que possui como base objetiva o fato de as massas trabalhadoras do subcontinente terem os mesmos inimigos: o imperialismo (especial, mas não exclusivamente, o norte-americano) e as classes dominantes nativas, a ele associadas (NETTO, 2012, p. 2 - grifos do autor).

Netto (2012) destaca ainda que, no contexto dos anos 1960, começa a se desenvolver as elaborações em torno das ligações entre a economia latino-americana e as potências imperialistas que serão questionadas a partir da denominada teoria da dependência, estruturada a partir de um enfrentamento crítico com as teses difundidas pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

Ainda nos anos 1960, Netto (2012) ressalta também a questão da relação entre o marxismo e as ciências sociais, de forma que aponta que

Seja pela abertura da universidade latino-americana às demandas políticas da época, seja pela gravitação posta pela renovação do marxismo que então tinha curso, foi o desenvolvimento de uma relação positiva entre as ciências sociais acadêmicas e o pensamento marxista, de onde emergiu a chamada “sociologia crítica”, cujos frutos são perceptíveis até hoje em vários países latino-americanos (NETTO, 2012, p.17).

⁴¹ Os aspectos com relação à formação sócio-histórica brasileira serão tratados de forma mais oportuna posteriormente.

Entendemos que este debate das ciências sociais é de suma importância uma vez que evidencia as disputas de projetos para a sociedade, desde os que apontam para manutenção do *status quo* aos que percebem a necessidade de supressão desta sociabilidade. No decorrer do processo histórico nos confrontamos com novos desafios, como, por exemplo, a pós-modernidade. Nesta direção, Ianni O (2011) nos indica de forma crítica a questão da fragmentação das ciências sociais e afirma que

São várias ondas e diferentes tendências que se encontram, confluem e opõem. Alguns autores se colocam em posições iconoclastas, propondo linguagens, teorias ou paradigmas tão inovadores ou bombásticos que supõe o total rechaço de tudo o que havia feito anteriormente. Combatem as teorias abrangentes, as explicações históricas, os grandes relatos, propondo metodologias às vezes totalmente diversas, novas ou renovadas. E implicando, ou mesmo tornando explícito, outro objeto de reflexão; mais frequentemente, algum fragmento do que era, uma nesga da sociedade, da história, da configuração social da vida. (...) Sob vários aspectos, a tentação metodológica é um elemento permanente nas ciências sociais contemporâneas. (...) Mas, em certos casos, enganosa, quando parece exercício abstrato, metodologismo carente de sentido de realidade “fábulas que faz tempo perderam seu sentido” (IANNI O, 2011, p.48-49).

Diante do exposto, Ianni O (2011) além de analisar criticamente a fragmentação das ciências sociais aponta para a antinomia entre a *razão crítica* e a *razão instrumental*. O referido autor (2011) refere que esta questão está associada ao pensamento científico, nas ciências naturais e nas ciências sociais desde o século XIX. À vista disso, aponta para aspectos fundamentais de forma que revela as estruturas de poder e a sua vinculação com a sociedade capitalista. Ianni O (2011, p.94) avança nesta reflexão e evidencia que este cenário reverte “o sentido da atividade intelectual”. Ou seja, cada vez mais os (as) pesquisadores (as), as instituições universitárias e as fundações “passam a ser determinados pelo utilitarismo, pragmatismo, prioridade mercantil, exigências do mercado, urgências das corporações transnacionais, estruturas mundiais de dominação e apropriação”. Neste processo, a razão instrumental é priorizada e isso traz consequências, uma vez que:

(...) implica confinar e reduzir a presença da razão crítica no ensino, na pesquisa, nas instituições universitárias e nas fundações, na produção e na criação de conhecimentos, esclarecimentos e em encantamentos, possíveis somente desde as possibilidades e os horizontes da razão crítica. Muito provavelmente, é nessa antinomia que se encontra uma das raízes da barbárie que invade crescentemente também o século XXI (IANNI O, 2011 p. 94).

Assim sendo, as contribuições de Ianni O. (2011) são elementares para descortinar a realidade. A questão da razão instrumental é fundamental, inclusive, explica uma das razões pela qual os determinantes sociais da saúde têm adquirido proeminência. A referida relevância ocorre tanto em virtude do apoio e fomento por parte do Estado, das classes dominantes e das organizações multilaterais quanto ao ataque direto à perspectiva da determinação social do processo saúde-doença - isto é, da razão crítica.

Na saúde, Nunes (1992, p. 71) ressalta a relação entre a Antropologia e a medicina tradicional, sobretudo, nos anos 1950 e 1960 e refere que o recrudescimento desta produção irá acontecer “no final da década de 1970 e início dos anos 1980. Neste momento, as pesquisas irão incorporar como campo de estudo os problemas urbano-industriais e retornar os estudos sobre as chamadas ‘práticas populares de saúde’”.

Por este ângulo, Nunes (1983) refere que no período compreendido entre os anos 1950 e 1960 as produções associavam-se a uma perspectiva culturalista em que a primazia estava alicerçada a partir da análise de valores, padrões culturais e atitudes. Já nos anos 1970 e 1980 há uma mudança significativa a partir da vinculação à concepção histórico-estrutural. Nessa apropriação do marxismo, Castro (2018) fundamentada em Cohn (1989) refere que o importante aspecto nesse contexto está relacionado ao trato político tanto da saúde quanto da doença, bem como associar as influências da relação entre os elementos da sociabilidade capitalista e a saúde da população. Diante disso, se desenvolve a perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, em virtude de se compreender “a partir da noção de determinações as contraditórias e simultâneas de necessidades, tanto do capital como do trabalho” (CASTRO, 2018, p. 80).

Neste sentido, os anos de 1970 foram substanciais para o desenvolvimento da perspectiva da determinação social. O avanço da referida concepção se articula ao processo da Reforma Sanitária. Em termos de Brasil este movimento foi marcado pela influência italiana. Neste entendimento, salientamos as contribuições de Berlinguer (1988) acerca das condições sanitárias da população e a importância de alterar as práticas em saúde. Portanto, transformações incisivas de forma a alterar os paradigmas da doença individual ao se perceber a sua vinculação com a coletividade.

A organização sanitária, se vitalizada pela democracia e tornada eficiente pela competência, pode patentear os múltiplos nexos da causalidade de tipo biológico, psicológicos e ambiental que estão na origem das doenças e, portanto, consignar à dinâmica das lutas sociais, da produção e da reprodução da vida material e da administração pública, os conhecimentos que hoje são

insuficientes aprofundados ou insuficientemente socializados, porque sepultos na relação entre médico e doente. Esse poder sobre a doença, essa capacidade de partir das exigências de saúde para mudar tudo que se lhe oponha é o verdadeiro jogo da reforma sanitária e é a verdadeira razão que aconselhou a fazer coincidirem os poderes organizadores do novo Serviço com as articulações do Estado constitucional (BERLINGUER, 1988, p.51).

Estas circunstâncias se colocam como precípua para o debate dos fundamentos das desigualdades sociais, bem como da necessidade não somente de reorientar os currículos das profissões da saúde, mas, sobretudo, da indispensabilidade de profundas transformações na sociedade. Neste entendimento são necessárias mudanças para além do acesso à saúde. Nas palavras de Berlinguer (1988) significa que

A reforma sanitária não é apenas construída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros de movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e prefeitos; deve transformar as atividades de médicos, técnicos e enfermeiros (BERLINGUER, 1988, p. 3).

A elaboração de Berlinguer (1988, p.21) é crucial também no sentido de salientar que “a sociedade, a mesma que cria as doenças e as distribui desigualmente entre os homens, permite que eles tratem na proporção direta de suas próprias riquezas materiais, mas na medida inversa às próprias necessidades de saúde”. Esta configuração indica a saúde nesta sociabilidade enquanto mercadoria, logo, essencialmente benéfica em termos de mais-valia para o capital.

A partir dessas influências e de suas elaborações, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi se constituindo enquanto um movimento que sinalizava para a necessidade de profundas transformações na sociedade. Com base na compreensão de que “ainda que parte da implementação da RSB possa ser traduzida por políticas de saúde, a exemplo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua concepção e sua formulação transcendem às políticas estatais” (PAIM, 2008, p. 29). Assim, a interpretação indicava a pertinência de se distanciar de um debate setorializado, ou seja, restrito à saúde. Dessa forma, as modificações pontuais e ações restritas ao campo da saúde não iriam atingir a base das desigualdades sociais, e seria compatível com a manutenção do *status quo* e de uma espécie de “capitalismo humanizado”.

Neste processo, entendemos a congruência entre o materialismo histórico-dialético, a perspectiva da Reforma Sanitária, bem como a importância da constituição da Saúde Coletiva,

através da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. Neste contexto, há um tensionamento em torno do modelo biomédico⁴² a partir do desenvolvimento do conceito de determinação. Carvalho (1997, p. 95) caracteriza que o desenvolvimento deste conceito é decisivo “para a crítica do modelo biomédico de explicação do processo saúde-doença, essa matriz de pensamento identificava as estruturas sociais como determinantes para a produção e desigual distribuição dos riscos sanitários entre as populações”.

Embora a origem da RSB aponte para a exigência das mudanças estruturais na realidade social em consonância com a noção de determinação social, verificamos um cenário de disputas tanto internas quanto externas de como conduzir esse processo, bem como as influências da dinâmica social. A consequência foi uma ênfase no sistema de saúde em detrimento das reflexões em torno da relação entre o estado de saúde e das condições objetivas de vida, que passa pelo debate da produção e reprodução social. Isso porque assumir a análise da sociedade por uma concepção de totalidade implica em vislumbrar a necessidade de superar esta sociabilidade.

Assim sendo, tanto a RSB quanto a determinação social do processo saúde-doença, estão baseadas em processos que fornecem

(...) chaves heurísticas ao trabalhar com as categorias do materialismo histórico e dialético, da totalidade, da contradição, ao explicitar a luta de classes, explicar dinâmica de produção e reprodução material e social. Torna visível a relação saúde e sociedade ao explicitar 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 (MOREIRA, 2013, p. 124).

⁴² O referido modelo preconiza a saúde como ausência de doença. E possui outras implicações, haja vista que também está associado a um processo de medicalização da sociedade, do fortalecimento do complexo industrial da saúde e de uma cultura hospitalocêntrica (ou seja, o hospital como espaço privilegiado para o tratamento das doenças, tendo em vista que subjuga-se as ações de promoção e prevenção da saúde). De acordo com Foucault (1980) a partir do Renascimento, se estabelece a aprendizagem da clínica a partir da transmissão de professor (a) para aluno (a), cujo o lócus ocorre em hospitais. Neste sentido, Koifman (2001, p.54) ressalta que “o modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas”. Dessa forma, em nome da objetividade do corpo humano se ignora a subjetividade e as mediações existentes entre a realidade macro e micro, entre a objetividade e a subjetividade presentes na sociedade. Assim, o modelo biomédico propõe o protagonismo da clínica e da doença, em detrimento dos sujeitos e das distintas facetas da realidade social que articula biológico e social.

Nesta acepção, percebemos uma confluência entre a determinação social do processo saúde-doença, a RSB e o campo da saúde coletiva⁴³ na medida em que baseados na teoria marxista buscam revelar os fundamentos das desigualdades sociais, ao considerar os aspectos referentes à produção e reprodução social e se colocam, portanto, em um campo combativo e em prol da construção de um novo projeto para a sociedade. Todavia, é essencial refletirmos que por mais que a origem destes processos aponte para um debate crítico, associado à perspectiva marxista, os campos estão em contínuas disputas, haja vista que expressa a forma de compreender a sociedade, o modo de produção, e, sobretudo, a luta de classes. Dessa forma, compreendemos que a realidade está em contínua transformação, isto é, os processos não são imutáveis, estão sempre em questão tanto em termos endógenos quanto exógenos.

No decorrer desses acontecimentos relacionados à saúde na década de 1970, Castro (2018, p. 76) destaca que o desenvolvimento da Saúde Coletiva é marcado por aspectos da dinâmica social tanto no que se refere ao Brasil quanto a América Latina em virtude da efervescência política, social e também da crise econômica. Além disso, assinala para questões que marcaram duramente a realidade latino-americana através dos golpes e das ditaduras em prol de uma dita da “proteção” da sociedade, em virtude “das ameaças do socialismo e em função da manutenção econômica ao capitalismo monopolista de base imperialista, sob a hegemonia dos Estados Unidos”.

Em virtude da relação entre o debate da determinação social e das reflexões em torno da Saúde Coletiva, conforme destacamos, é fundamental refletirmos sobre a diferenciação entre a saúde pública e a saúde coletiva como campos heterogêneos, onde se desenvolvem “diferentes modalidades de discurso com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares” (BIRMAN, 2005, p. 11). Esta compreensão é fundamental para entendermos o debate em tela acerca do processo saúde/doença.

Neste estudo Birman (2005, p.11) indica que “o campo da Saúde Pública se constituiu com a medicina moderna, no final do século XVIII, como polícia médica e com a medicina social, marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades”. Nesta perspectiva, o autor (2005) analisa a importância que a saúde pública teve através de mecanismos preventivos e de organização do ambiente urbano. Porém, reflete que “é inegável

⁴³ A história da “Saúde Coletiva subjaz um passado que ultrapassa as fronteiras nacionais e que necessita ser explicitado a fim de compreender o projeto nacional que redundou na criação da Saúde Coletiva, tendo como cenário geral as mudanças trazidas com a instalação de uma sociedade capitalista” (NUNES, 2007, p. 19).

que seus diferentes discursos se fundam no naturalismo médico, que, invocando cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social” (BIRMAN, 2005, p.12).

Este processo na compreensão de Birman (2005, p. 12) associado aos achados biológicos potencializa “o poder social da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias”.

Nesse debate sobre o processo saúde/doença e da indicação da predominância do “paradigma bacteriológico”, conforme expressa Buss e Pellegrini (2007, p.79) verificamos inúmeras repercussões advindas da liderança da Universidade Johns Hopkins, no sentido de representar a ascendência da perspectiva de saúde pública voltada “ao controle de doenças específicas, fundamentada no conhecimento científico baseado na bacteriologia e contribui para “estretar” o foco da saúde pública, que passa a distanciar-se de questões políticas e dos esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo”, isto é, a ênfase incide sobre a doença em si sem mediação desta com a realidade social. Os autores (2007, p.79) ressaltam o aspecto de que “a influência desse processo e do modelo por ele gerado não se limita à escola de saúde pública de Hopkins, estendendo-se por todo país e internacionalmente”.

Já a saúde coletiva surge em contexto completamente diferente, associada às organizações em prol da luta pela democratização do Brasil, no período dos anos 1960 e 1970, particularmente ao movimento da reforma sanitária. Portanto, manifesta-se no contexto da autocracia burguesa no país e se contrapõe às ações oriundas do Estado nessa conjuntura, bem como de visões restritas tanto da saúde quanto da sociedade. Nesse sentido, a Saúde Coletiva demarca uma importante alteração no debate da saúde na sociedade brasileira.

Osmo; e Schraiber (2015) apontam que a elaboração acadêmica da saúde coletiva desenvolveu conceitos fundamentais para base teórica da reforma sanitária, a saber: a determinação social das doenças e o processo de trabalho em saúde. Esse processo culmina numa ampliação importante para a saúde, no sentido de compreendê-la na mediação com as demais esferas sociais, de pensar, articulação com a totalidade da vida social, influenciada pelo materialismo histórico.

Nesta perspectiva, Paim (2008) assinala que a Medicina Social latino-americana que já apontava para a fundamentação das desigualdades sociais, se coloca como uma concepção crítica em relação à Saúde Pública.

Birman (2005, p.12) afirma que a saúde coletiva se opõe mediante a “crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico”. Neste sentido, o autor (2005) aponta que o princípio essencial da Saúde Coletiva estabelece a complexidade que envolve o debate da saúde, portanto, exige uma análise mais ampla do que a visão da medicina.

Nesta acepção, “os diversos recursos das ciências naturais são irrefutavelmente fundamentais para a investigação e as práticas sanitárias. Mas possuem alcance limitado, pois a problemática da saúde não se restringe ao registro do biológico” (BIRMAN, 2005, p. 13).

A referida ponderação evidencia ainda que a perspectiva de saúde coletiva tem significativas repercussões para o debate da saúde, “o que nos leva a sublinhar os pressupostos dessa troca de significantes: em lugar de público, temos o significativo coletivo” (BIRMAN, 2005, p.14).

A análise supracitada, porém, atribui grande ênfase a mudança de público para coletivo, centralmente a partir da questão do Estado e indica que “retira-se deste a condição de instância única na gestão do poder e de valores, e se reconhece o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições” (BIRMAN, 2005, p.14). Este aspecto acerca do descentramento do lugar do Estado apontado por Birman (2005) em seu trabalho tem que ser criteriosamente analisado, uma vez que por mais que a origem deste debate esteja relacionada a “uma sistematização de pensamento e comportamento administrativo que atribuía ao Estado absoluto às atividades de bem-estar” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 210), ou melhor, o controle sobre a vida social e também nesta esfera em que se há grandes repercussões para o cotidiano dos sujeitos sociais, principalmente das classes trabalhadoras. Essa observação não atribui que devemos restringir as leituras possíveis acerca da saúde e de sua relação com a sociedade, mas que devemos permanecer vigilantes aos processos em curso. Isso porque ao passo que consideramos as desigualdades sociais na saúde e nas demais esferas da vida social não podemos nos esquecer do duplo papel do Estado em viabilizar tanto o processo de acumulação capitalista quanto em atender as necessidades da população. Nessa apreensão, esse processo que envolve o Estado pode culminar em aspectos em nome de um aparente distanciamento do Estado tido como positivo, na verdade “elaborou-se, construiu-se e sedimentou-se uma verdadeira cultura de consentimento à privatização” (SIMIONATTO, 2009, p.111) e a desresponsabilização do Estado em atender as necessidades sociais.

Além disso, compreendemos que a mudança de público para coletivo tem um significado ainda mais profundo no que se refere à compreensão acerca do processo saúde/doença, no sentido de buscar os fundamentos das desigualdades sociais, através da

observação da relação entre saúde e totalidade social (PAIM, 1992). Portanto, essa alteração não se processa somente ligada à questão do Estado, existem outras mediações, como, por exemplo, alteração entre o foco individual e a questão da coletividade que perpassa o debate da saúde.

Neste entendimento, Schraiber (2008, p. 13) assinala que a Saúde Coletiva estabeleceu um projeto duplamente reformador, na medida em que aponta a crítica a compreensão da saúde, bem como também do modelo assistencial, de forma que “na assistência médica (modelo biomédico, liberal e privatizante da produção dos serviços e elitista no acesso) e na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção”; além da “sua crítica à alienação da face tecnocientífica do campo” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p.214).

Neste sentido, é essencial compreendermos que a Saúde Coletiva expressa, rupturas importantes em posições teóricas e políticas em comparação a Saúde Pública, ainda que conserve alguns elementos (PAIM, 2008).

Dessa forma, a Saúde Coletiva diverge em vários aspectos com relação à Saúde Pública. Todavia, isso não significa que a Saúde Coletiva seja um campo homogêneo, bem como a complexidade que existe em demarcar este campo. Nunes (2007) aponta essa complexidade e dificuldade em obter um consenso⁴⁴ a respeito. O autor (2007, p. 28) fundamenta-se na elaboração de Stotz (1997, p.280-282) que destaca que esse não consenso é marcado “por tensões epistemológicas, e apresentando características de interdisciplinaridade, não havendo possibilidade de uma teoria unificadora que explique o conjunto dos objetos de estudo”.

Nessa direção, Osmo e Schraiber (2015) acrescentam que além desses elementos, temos também a questão da heterogeneidade como um marcador importante na Saúde Coletiva no plano institucional bem como no profissional, os pesquisadores estão inseridos em disciplinas distintas, como a Epidemiologia, as Ciências Sociais e Humanas, etc.

Por mais que a Saúde Coletiva seja marcada por essa heterogeneidade, isso, por outro lado não inviabiliza o seu papel, nos termos de Birman (2005) de se contrapor ao universalismo naturalista do saber médico. Portanto, esse marcador é essencial em definir o papel do social no processo saúde doença. Na compreensão de Osmo e Schraiber (2015) esse processo de debate

⁴⁴ Neste sentido, Nunes (2007, p.27) ressalta que a Saúde Coletiva congrega diferentes conhecimentos e isso implica diretamente no debate da conceituação. “Em realidade, a partir do momento em que se foram firmando as formas de tratar o coletivo, o social e o público caminhou-se para entender a saúde coletiva como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos”.

da Saúde Coletiva representou um resgate do social, na medida em que este foi gradativamente silenciado na saúde pela perspectiva biomédica. Os autores (2015) se baseiam em Ayres (2002) na obra que trata da história da epidemiologia, onde se indica a subordinação do social na relação com as ciências da saúde⁴⁵.

Neste sentido, Ayres (2002) indica que a partir de uma dada conjuntura histórica, as perspectivas prevalentes sobre a saúde e a doença passaram “a traduzir os carecimentos humanos associados a esses conceitos em termos estritamente biológicos” (AYRES, 2002, p.92 *apud* OSMO; SCHRAIBER, 2015, p.215). Dessa forma, “o social foi, então, incorporado meramente como elemento secundário no processo saúde-doença, uma condição adjetiva, uma espécie de linha auxiliar de apreensão dos fenômenos que só adquirem positividade no organismo individual” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p.215).

Sendo assim, verificamos um processo enviesado de perceber a relação entre saúde/doença, bem como entre o biológico e social, sem realizar as mediações necessárias, isto é, uma ligação direta, de causa-efeito. À vista disso, percebemos as alterações na análise e na pesquisa em saúde com a investitura na dimensão coletiva, considerando a relação entre o biológico e o social, individual e coletivo, de forma articulada a uma totalidade social. Isso é, se contrapõe a concepção científica hegemônica que “tornou unidimensional a apreensão do espaço público da saúde, naturalizando-o” (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p.215).

Nesta perspectiva, a Saúde Coletiva, ainda que não seja um campo homogêneo, conforme destacamos, foi essencial para alterar o papel do social na saúde, através de uma de suas orientações que foi a aproximação com as ciências humanas (OSMO; SCHRAIBER, 2015). Neste entendimento, Paim e Almeida Filho (1998, p.310) apontam como aspecto importante da Saúde Coletiva, “a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico-hegemônico”.

Na compreensão de Paim e Almeida Filho (1998) alguns apontamentos conceituais sobre a Saúde Coletiva indicam alguns aspectos essenciais: a relação da saúde com a totalidade social, isto é, com a historicidade dos processos sociais, as ações integradas em saúde e a sua relação com as classes sociais, a relação entre o biológico e o social, bem como a necessidade de articular, saberes e práticas e também da necessidade de transformação da realidade.

⁴⁵ Alves e Rabelo (1998, p.15) apontam que “embora a tradição sanitarista brasileira tenha ao longo de sua história demonstrado uma sensibilidade às questões sociais, as instituições de ensino/pesquisa relacionadas à saúde coletiva empregavam poucos cientistas sociais, ministravam poucas disciplinas na área (com cargas horárias restritas) e a aceitação do referencial teórico-metodológico dessas ciências resumia-se a um papel simplesmente complementar às ciências biológicas”.

Sublinhamos as disputas e as diferenciações em curso na Saúde Coletiva e nesta análise, Loyola (2008) faz crítica a ênfase da Epidemiologia, em especial, a partir dos anos 1990⁴⁶. Osório e Schraiber (2015, p.216) esclarece que tanto (Paim; Almeida Filho, 1998) quanto Nunes (1994) “identificaram na Saúde Coletiva três grupos disciplinares: e epidemiologia; as ciências sociais em saúde; e a política, planejamento e administração em saúde. São mencionadas ainda outras disciplinas complementares a essas”. Nesta reflexão, acerca do domínio da Epidemiologia, na Saúde Pública e na Saúde Coletiva, Canesqui (2011) indica que essa influência é

Cada vez mais pragmática e contável, menos permeável às reflexões epistêmicas (ainda que as faça), reforçando seus modelos explicativos de um lado, abrindo-se, nos últimos anos, à maior interlocução com a antropologia e com as metodologias qualitativas, de outro. Não é raro essas metodologias permanecerem confinadas somente a etapa exploratória, reforçando os desenhos consagrados dos estudos epidemiológicos (CANESQUI, 2011, p.19).

Na análise da Saúde Coletiva e da distinção entre os grupos disciplinares é interessante notar que a partir da democratização do Brasil e da criação do SUS, vários (as) pesquisadores (as) e professores (as) foram chamados a desempenhar atividades ou cargos nas instituições políticas e estatais. Esse processo de atuação mais voltada a gestão da saúde no interior do Estado, acarretou paulatinamente uma perda do aspecto acadêmico do campo, o que criou também um ambiente propício para novos profissionais, em especial, para os epidemiólogos (LOYOLA, 2008).

Além disso, é importante considerarmos dois elementos essenciais: a relação entre o enfoque estrutural e o desenvolvimento dependente no circuito do modo de produção capitalista e a influência de teorias não marxistas na Saúde Coletiva. Dessa forma,

⁴⁶ Loyola (2008, p.251) indica que “o domínio da epidemiologia acontece justamente quando, reconhecida pela Capes como uma área autônoma, esperava-se maior equilíbrio entre as diferentes disciplinas que compõem a área da Saúde Coletiva”. Nesse processo, a autora revela que as agências de fomento, na verdade, impuseram “uma lógica custo-benefício de caráter predominantemente economicista e quantitativista, aplicada pelas agências na concessão de recursos, interfere tanto na produção quanto na circulação do conhecimento, com prejuízos para as ciências sociais”. Associado a esse processo, “os epidemiólogos são quantitativamente mais produtivos porque os veículos de divulgação mais bem classificados no sistema Qualis e que servem de produtividade dos pesquisadores e dos cursos de pós-graduação estabelecem normas de publicação que se coadunam com o modo de produção da epidemiologia: uso de bases estatísticas e de softwares que agilizam a obtenção de resultados, exigência limitada de discussão teórica, etc.” (LOYOLA, 2008, p. 266).

Cabe notar apenas que foi através do enfoque histórico-estrutural marxista que alguns cientistas sociais brasileiros se projetaram internacionalmente. A teoria do desenvolvimento dependente, tal qual elaborada pelos latino-americanos, em grande parte serviu êmulo para tal projeção. Já nos idos dos anos 80, a perspectiva estrutural de análise social desenvolvida nos departamentos e institutos de saúde coletiva não se restringiu somente à abordagem marxista. O pós-estruturalismo, representado principalmente pela figura de Foucault, passou a exercer um peso significativo, como demonstram, por exemplo, os trabalhos de Machado et al. (1979) e Luz (1988). Somente na década de 90 é que outras modalidades de processos discursivos e quadros de referências de pesquisas, inspirados por pressupostos metateóricos diferenciados, passam a encontrar um espaço de maior legitimação entre os estudiosos da questão da saúde. Assim, (...) parece indicar que os pesquisadores não apenas têm formulado novos objetos de investigação como também têm procurado desenvolver outros enfoques teórico-metodológicos que diferem substancialmente de uma perspectiva estrutural de análise (ALVES; RABELO, 1998, p. 16-17).

Nesse aspecto, cabe refletirmos sobre as disputas do conhecimento acerca do processo saúde/doença. Alves e Rabelo (1998, p.17) ressaltam que “a perspectiva estrutural, tomada como o único recorte científico do real, parece cada vez mais apresentar estagnações e distorções inevitáveis para dar conta de uma sociedade complexa como a brasileira”. Compreendemos que a perspectiva estrutural não deve ser tomada como algo estático e que possa ser considerada em si mesma, pelo contrário, a mesma ainda que tenha alguns elementos centrais, isso não significa que a realidade esteja paralisada e circunscrita a um sistema fechado, bem como de que não seja necessário fazer as mediações desse processo.

Alves e Rabelo (1998, p.23) fazem uma crítica a perspectiva estrutural, na medida em que atribuem que esta análise centra-se no conceito de estrutura e que isso tende a diminuir “as atividades humanas à conceitos abstratos, usando de uma única interpretação para explicar a diversidade das ações sociais”. Os autores (1998, p.23) ainda expressam que a referida perspectiva desvaloriza a dimensão subjetiva e intersubjetiva, e que a realidade objetiva se estabelece de forma que “não ‘retorna às coisas mesmas’”.

Cabe fazermos uma análise importante, a perspectiva estrutural possui influência do arcabouço construído pela perspectiva crítica, em especial, pelo marxismo. Entretanto, é essencial considerarmos algumas dificuldades de apropriação do pensamento marxiano que está associado a um processo de certa vulgarização. Neste sentido, Marx e Engels (2010) esclarecem que

A nossa concepção de história é, sobretudo, um guia para o estudo (...) É necessário voltar a estudar toda a história, devem examinar-se em todos os

detalhes as condições de existência das diversas formações sociais antes de procurar deduzir delas as ideias políticas, jurídicas, estéticas, filosóficas, religiosas etc. que lhes correspondem (MARX; ENGELS, 2010, p.107).

Dessa forma, Marx e Engels rebatem esse circuito fechado e estático que muitos atribuem a perspectiva marxiana e posteriormente a marxista. Neste sentido, os referidos pensadores ao longo de suas elaborações indicam o movimento da realidade, e a totalidade das relações sociais.

Netto (2020, p.312) indica a necessidade de compreender o que Marx reitera ao dizer que “*a análise da produção material é o ponto de partida efetivo e necessário da crítica da economia política*”. De acordo com o autor (2020, p.312) essa assertiva ressalta o princípio heurístico fundamental “da crítica marxiana da economia política e da teoria social a ela conexas”:

A análise teórico-crítica das condições da produção material constitui o fundamento necessário para a análise da vida social que sobre ela se articula. Marx, é óbvio, não reduz a vida social à produção material, uma vez que tem a plena clareza de que a vida social é muito mais complexa que a produção material: o que ele sustenta é que, sem a análise do modo como os homens se organizam para a (e na) produção das condições materiais de sua existência, a análise da sua vida social vê-se à partida comprometida em suas possibilidades explicativas e compreensivas. E eis que se colocam as questões relativas ao método que essa crítica exige (NETTO, 2020, p.312 - grifos do autor).

Alves e Rabelo (1998, p.24) ressaltam a análise de que uma produção brasileira na saúde, cada vez mais decorrente dos estudos elaborados por cientistas “que possuem uma formação específica no campo das ciências sociais. Isso não significa dizer que atualmente temos uma menor heterogeneidade entre os nossos cientistas”. Esse processo evidencia as disputas entre as perspectivas teóricas e os projetos de sociedade. Estas circunstâncias não são meramente transitórias, na verdade, elas vão se reatualizando com o próprio movimento da realidade, articulando os debates e a conjuntura histórica em que esses processos se realizam.

À vista disso, Alves e Rabelo (1998) desenvolvem a tese de que

Os fundamentos das formulações conceituais (subjacentes a uma perspectiva estrutural) que predominaram no campo das ciências sociais em saúde estão sofrendo, no decorrer da atual década, um processo de re-análise e novas tentativas de sínteses, principalmente a nível metateórico, estão sendo postas em prática. Esse processo se deve, em parte, a concretização e legitimação de teorias sociais (clássicas e contemporâneas) que passam a ser incorporadas por

nossos pesquisadores. Nesse aspecto, o êxito dos diversos projetos de reformulações conceituais requer uma melhor compreensão dos fundamentos e princípios das perspectivas interpretativas que caracterizam as ciências sociais⁴⁷ (ALVES; RABELO, 1998, p. 24).

Loyola (2008) acentua que as diferenças entre os grupos disciplinares são importantes, na medida em que apresenta uma certa hierarquização, inclusive dentro da Saúde Coletiva, principalmente as ciências sociais da saúde, ocupando uma posição subalterna nessa análise. A autora (2008, p. 252) procura compreender porque isso ocorre e indica que: “primeiramente, por uma perspectiva de classe fortemente impregnada na cultura ocidental: tudo que diz respeito ao social, em oposição ao individual (domínio da medicina nobre), tende a ser desvalorizado”. Portanto, tem-se nesse processo um destaque a dicotomia entre o individual e o social/coletivo.

Por este ângulo de análise, destacamos que dado o movimento da realidade, as disputas de projetos, é necessário avaliarmos e reavaliarmos conceitos e delimitações. Assim, a delimitação “transitória” no que se refere a Saúde Coletiva, de acordo Paim e Almeida Filho (1998) relaciona-se

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309).

Além dessas reflexões, estes processos em curso estão associados também a necessidade de se reorientar os currículos médicos, fortemente ancorados em uma medicina positivista e privatista. Sendo assim, “desejava-se romper a hegemonia do biológico na compreensão do processo saúde-doença, do cuidado individual e intra-hospitalar como formas únicas e absolutas de prática médica” (NUNES, 1992, p. 62).

⁴⁷ Cabe reiterarmos que as disputas em curso, inclusive, nas Ciências Sociais e salientar que, conforme expresso por Netto (2020, p.398) o modo de produção capitalista vai passando por transformações no decorrer do processo histórico que não foram analisadas por Marx. Talvez seja esse um dos aspectos no qual se apoiam aqueles que criticam Marx. Todavia, os pesquisadores inscritos na tradição marxista, “trataram de examinar cuidadosa e atentamente o evoluir do capitalismo e extraíram dele as suas novas determinações e categorias - assegurando a renovação/ampliação/atualização dos conhecimentos alcançados por Marx em *O capital*”.

Neste aspecto referente à formação médica, Nunes (1978) analisa alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas de Medicina que dialogam com o debate do processo saúde/doença. O primeiro modelo é o da “história natural da doença”. Este foi difundido por meio dos vários seminários coordenados pela OPS/OMS⁴⁸ e tem a gênese no clássico trabalho de Leavell e Clark (1976). O referido modelo é apreendido como

Todas as interrelações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (NUNES, 1978, p. 506-507 *apud* LEAVELL; CLARK, 1976).

Neste debate, Nunes (1978) ressalta que Leavell e Clark (1976) referem a dois momentos que evidenciam a história natural da doença, a saber: o pré-patogênico e o patogênico. O primeiro é marcado por um processo anterior ao adoecimento do homem, isto é, a doença ainda não está instalada. Neste período, temos a interação entre agente da doença e o hospedeiro humano, associado aos aspectos ambientais que produzem estímulo à doença (LEAVELL; CLARK, 1976). O segundo é sublinhado como o desenvolvimento da doença no homem, ou seja, em que a mesma encontra-se ativa. Esse momento tem como desfecho os seguintes cenários: morte, estado crônico, invalidez ou recuperação (LEAVELL; CLARK, 1976). Além disso, estes autores (1976, p.17) desenvolveram um segundo modelo associado aos “níveis de prevenção (primária - ações promoção da saúde e proteção específica; secundária - diagnóstico e tratamento precoce e limitação da doença; terciária - reabilitação”).

Arouca (1975) realiza um estudo acerca do modelo da história natural da doença. O autor (1975) considera este modelo como uma das concepções essenciais na análise da medicina preventiva, de forma a reestruturar o saber médico, na medida em que sinaliza para os aspectos do período pré-patogênico e patogênico da doença. Ao nível de prevenção esse debate se insere nas ações a nível primário, secundário e terciário. Nunes (1978, p.508- grifos nossos) fundamentado em Arouca (1975) indica o “ponto fundamental da crítica desse paradigma (*história natural da doença*) é a naturalização da história, tornando-o a-histórico, assim como a participação do social como fator ligado ao hóspede e ao meio ambiente”.

⁴⁸ O autor (1978) destaca Caracas em 1969, Ribeirão Preto em 1970, Campinas em 1970 e Buenos Aires em 1971.

Neste sentido, Arouca (1975) baseado em Barthes (1972) indica que as relações entre o referido paradigma e as ciências sociais são comprometidas, em um processo em que

Tal mecanismo de afirmação-negação do social entra no que poderíamos denominar com Barthes (1972), de mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, ao nível do discurso, transforma-se o social em mito. Entendendo como mito um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os. Assim, por exemplo, população e comunidade utilizadas como mito servem para neutralizar o conceito de classes, de interesses conflitivos, ou seja, estão “encarregadas de despolitizar a pluralidade dos grupos e das minorias, empurrando-os para uma coleção neutra, passiva” (AROUCA, 1975, p.165).

Dessa forma, retira-se a essência do social. Arouca (1975) ressalta o que está velado, no sentido da coexistência de conflitos entre as diferentes teorias, abordagens e considerações acerca do social. Por exemplo, o autor (1975) assinala que na história natural da doença, o social é tido como atributo, secundarizado, mas há também a perspectiva de analisar o social vinculado ao trabalho (a relação entre homem e natureza), considerando assim a estrutura e as relações sociais.

O segundo modelo analisado por Nunes (1978, p.508) é do “cuidado integral”. Nesta perspectiva, é assinalado a necessidade de analisar o paciente como “um complexo bio-psíquico-social (...) o que visou em grande parte este movimento, do ponto de vista do ensino, foi centrar a atenção do estudante no paciente e não na doença”. O autor (1978) refere que para alcançar este propósito seria fundamental o desenvolvimento de intervenções práticas nos cursos de ciências sociais. Para exemplificar essa concepção, temos as propostas de “clínica de família”, visitas domiciliares, com instrumentos para que os estudantes de medicina se aproximassem do conhecimento sociocultural (NUNES, 1978). O autor (1978) ressalta que esta concepção iria ser bastante difundida nas escolas médicas da América Latina, tida como atividades que extrapolavam o espaço institucional e aproximavam das camadas populares. Nunes (1978) salienta que

Apesar desta reelaboração não se sentiu que esta abordagem tenha trazido maiores contribuições para o desenvolvimento teórico de uma sociologia médica (...). Em resumo, a não incorporação da ideia no curso médico é fato conhecido. Em segundo lugar, embora os estudantes se entusiasmassem com um programa extra-mural, isto ficava circunscrito a um determinado momento de sua formação e seus resultados, entre nós, são difíceis de serem avaliados (NUNES, 1978, p.509-510).

Todavia, não se refuta o caráter inovador da referida proposta, o que se problematiza são os entraves que acometem as suas possibilidades. “Estas não seriam somente curriculares, mas de estrutura e organização do sistema de saúde” (NUNES, 1978, p.510).

O terceiro modelo pesquisado por Nunes (1978, p.510) refere-se ao da “carreira do paciente” que foi elaborado por McKinlay (1971). A mencionada perspectiva “coloca em uma sequência natural os vários estágios pelos quais passa um indivíduo com um episódio de doença”. Nesta análise, avalia-se a saúde e a doença na sociedade, tendo como desfecho a recuperação ou o óbito. Ainda que se tenha alguns avanços nesta perspectiva, “não se pode, porém, afirmar categoricamente que o esquema proposto resolva os dilemas entre a visão biológica e sociológica do paciente” (NUNES, 1978, p. 511).

O quarto modelo examinado por Nunes (1978) concerne ao modelo “estrutural”. Seu surgimento esteve associado às críticas a respeito de uma sociologia médica ancorada em especial, a uma teoria funcionalista (NUNES, 1978). Nesta análise, Nunes (1978, p.511) reporta aos estudos de Gaete Avaria e Tapia Porta (1970); Garcia (1972); OMS/OPS (1974), que avalia “que a teoria funcionalista teria levado a uma visão estática e formalista dos problemas médicos, à minimização de áreas importantes de estudos, privilegiado análises circunscritas desvinculadas da estrutura social”. Acerca das indicações teóricas, Nunes (1978, p. 511-512) aludi ao trabalho de Garcia (1972) que propõe quatro aspectos: 1) a identificação “da articulação dinâmica e histórica entre a medicina e a estrutura social; 2) a influência da estrutura social na produção e distribuição da doença; 3) a análise da estrutura interna da produção de serviços; 4) a relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico”.

Salientamos que, para além dessa exigência em reorganizar os currículos médicos e de compreender os modelos propostos, é imprescindível analisarmos a conjuntura em que América Latina estava inserida. No que tange os processos ditatoriais, Castro (2018) baseada em Netto (2001) aponta que os objetivos estavam bem delineados de forma a:

- 1) neutralizar as forças sociopolíticas que eram capazes de se contrapor ao modelo de internacionalização do capital, 2) adequar os padrões de desenvolvimento dos países latino-americanos ao novo cenário econômico e 3) impulsionar as correntes políticas contrárias ao socialismo, visando suprimir o espaço de intervenção dos atores revolucionários (CASTRO, 2018, p. 76).

Portanto, o que ressaltamos é a conexão dos processos relacionados à saúde com a dinâmica da realidade social. Castro (2018, p.77) assinala que desde a década de 1970, configura-se uma importante aliança entre o capital em âmbito internacional, nacional e estatal, de forma a impulsionar a industrialização, a urbanização do Brasil, bem como fomentar a acumulação capitalista. Em âmbito mundial esse momento configura-se a partir da crise do modo de produção capitalista, que culminou na exigência “de se repensar as políticas sociais, de forma a se tornarem mais universais, bem como se buscou a legitimação política perante a sociedade e a reordenação do Estado”.

Em termos de análise acerca dos anos de 1970 para a saúde, Nunes (2006, p. 66) destaca “a reunião patrocinada pela OPAS” ocorrida no Equador em que se colocou em pauta a “necessidade de um modelo alternativo para a medicina social”. O autor (2006, p.66) ressalta que “buscava-se um modelo que contemplasse a análise da mudança e permitisse pesquisar a realidade a partir de suas contradições internas, além dos níveis estruturais, assim como das relações entre eles”. Deste seminário ocorrido em 1972 realizado pela OPAS, temos alguns apontamentos para a construção de um modelo alternativo, a partir dos seguintes aspectos:

1) As relações entre o conceito de saúde, os modos de produção e as formulações sócio-econômicas. 2) As relações entre a organização das ações de saúde, os modos de produção e as formulações sócio-econômicas e os conceitos de saúde. 3) As investigações históricas sobre a formação e o desenvolvimento e a consolidação das práticas e da educação médica no Continente. Estas investigações deverão inscrever-se dentro da relação dinâmica entre modos de produção e formações sócio-econômicas específicas, e a definição epistemológica das relações entre as ciências sociais e as ciências biológicas concordantes com este novo modelo. 4) As atividades de análise, investigação, compilação bibliográfica e produção de monografias que permitam enriquecer o marco teórico proposto (OPS/OMS, 1974, p.356).

Nesta mesma conjuntura de início dos anos 1970, Nunes (1992) destaca também a elaboração de Garcia em 1972 para o Congresso Internacional de Sociologia, ocorrido em Caracas, na Venezuela, intitulado de “As ciências Sociais em Medicina”, no qual

Traçava um esquema que poderia servir como orientador nas pesquisas que levassem em consideração a discussão de aspectos até então não contemplados na análise funcionalista. O esquema incorporava: a) a localização da medicina na estrutura social; b) influência da estrutura social na produção e distribuição da doença; c) análise da estrutura interna da produção dos serviços médicos; d) a relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico (NUNES, 1992, p. 67).

Neste processo, conforme apontado por Carvalho (1997, p. 60) “é, enfim, nos anos 1970, que as variáveis e as abordagens macroestruturais tomam de assalto as análises sobre o processo saúde-doença, exigindo uma reconfiguração da agenda técnico-científica dos profissionais de saúde”.

Neste cenário de avanço da produção científica nos anos 1970⁴⁹, ressaltado por Donnangelo (1983 p. 31) indica as profundas modificações no que tange os aspectos sociais, sendo estes não mais tratados como componentes que são adicionados para as explicações das doenças, mas “(1) como um campo estruturado (2) no interior do qual a doença adquire um específico significado social”.

Conforme sinalizamos, a discussão em torno da determinação social do processo saúde-doença está relacionada ao debate da produção acadêmica latino-americana da década de 1970 que foi construída a partir do modelo histórico-social. Essas contribuições da medicina social foram fundamentais na construção teórica de um pensamento social na área da saúde que fizesse a “crítica à abordagem positivista da história natural da doença”⁵⁰. Este processo foi profundamente marcado “por referenciais vinculados ao materialismo histórico, com ênfase nos processos de produção e reprodução social”. Nesta incorporação teórica do marxismo podemos destacar a utilização do “‘trabalho’ como categoria central e assentou no ‘processo de trabalho’ uma notável importância sobre a determinação do processo de adoecimento” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017, p. 72).

No que se refere à elaboração do modelo histórico-social Borghi e Oliveira e Sevalho (2018) salientam que este

Reveste-se de especial importância, uma vez que seus elementos de ruptura em relação aos demais permitiram o avanço teórico em direção à construção do conceito de determinação social do processo saúde-doença. Ainda que não exista consenso na literatura, especialmente se compararmos produções em diferentes idiomas, chamamos de determinação social do processo saúde-doença o constructo acadêmico herdeiro do modelo histórico-social e que se apropria de suas categorias-chave, e de determinantes sociais da saúde as concepções que derivam dos outros modelos teóricos (BORGHI; OLIVEIRA;SEVALHO, 2018, p. 872).

⁴⁹ Nunes (1992, p. 68) destaca a questão da produção científica no referido período, principalmente após a abertura “dos primeiros cursos de pós-graduação em Medicina Social, no Brasil (Rio de Janeiro) e no México (Xochimilco). Deve-se lembrar que até a segunda metade dos anos 70 os cursos para a formação especializada em ciências sociais no campo da saúde somente eram possíveis nos Estados Unidos e em alguns países europeus”.

⁵⁰ “A promoção da saúde nesta perspectiva se limita ao desenvolvimento de ações de educação sanitária, como se os determinantes do adoecimento nos indivíduos e na coletividade se devessem apenas à ignorância e maus hábitos” (ANDRADE, 2012, p. 10).

Marsiglia e Barata e Spinelli (2018, p. 1008) ressaltam que a partir da década de 1960 surgiram no Brasil, elaborações epidemiológicas acerca dos aspectos sanitários do país, com destaque para as condições sociais. Nestes estudos o “‘social’ é apontado ora como elemento causal, ora como fator desencadeante ou condicionante do comportamento das doenças, ou melhor, de sua distribuição”. Logo, a análise do social aparece ainda fragmentada na realidade social.

É na década de 1970 que tivemos um avanço em termos de estudos entre a saúde e o social devido a uma mobilização crítica ao paradigma biomédico, com relevantes contribuições da medicina social latino-americana (LAURELL, 1982). A reflexão ocorreu principalmente a partir da crítica à perspectiva positivista associada ao modelo da história natural da doença, que explicava o adoecimento por um viés ‘naturalizado’, alinhado a uma perspectiva linear e fortemente biologicista (LAURELL, 1982; BREILH, 1991).

Neste cenário, a concepção proposta pela corrente da medicina social fundamentou-se a partir de um reposicionamento com relação ao conjunto de questões referentes ao processo social e ao processo biológico, com base na construção da perspectiva de ‘determinação’. Nesta conjuntura, entendeu-se que a formação da doença ocorre no âmbito da coletividade e elaborou-se uma reflexão científica dos processos que atuam como determinantes destas, através da expansão da compreensão do princípio de causalidade (LAURELL, 1982; BREILH, 1991).

Este debate entre o social e o biológico se intensifica nos anos 1970, porém, já nos finais dos anos 1960 apresenta alguns sinais deste tensionamento. Laurell (1982, p.2) revela inclusive que esta discussão “encontra explicação, fora da medicina, na crescente crise política e social que acompanha a crise econômica e com ela se entrelaça”. Portanto, o debate da saúde não está isolado das condições políticas, econômicas e sociais a que os países estão submetidos. Cabe ainda destacar os aspectos relacionados ao fato de que os países latino-americanos estavam imersos em processos ditatoriais e sofrendo as consequências decorrentes destas conjunturas.

Neste ponto de vista, a autora (1982) destaca que

A partir destes anos, vive-se uma nova etapa das lutas sociais, que, mesmo assumindo formas particulares nos diferentes países, caracterizam a época. Um dos traços das lutas populares neste período é que elas colocam sob suspeita, sob formas totalmente distintas e com perspectivas de alcance muito variável, o modo dominante de resolver a satisfação das necessidades das massas trabalhadoras. Isso ocorre tanto nos países capitalistas avançados como nos dependentes. Assim, no calor dessas lutas, inicia-se uma crítica que procura formular uma compreensão diferente dos problemas, mais de acordo com os interesses populares e capaz de dar origem a práticas sociais novas.

Desta maneira, as novas correntes se inspiram nas lutas populares e se define, assim, a base social sobre a qual se sustentam (LAURELL, 1982, p. 2).

Estamos partindo do entendimento de que a partir dos anos de 1970, conforme exposto por Laurell (1982) o ponto de vista com uma maior proeminência ocorre baseado em um enfoque relacionado à dimensão coletiva, compreendida como

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 como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Definido desta maneira, o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas (LAURELL, 1982, p. 11).

Nesta configuração tivemos então uma reestruturação para se pensar a doença como um processo da coletividade, este quadro teve como resultado, a alteração de significado ‘de fator para processo’. Portanto, há um cenário em que se relaciona dialeticamente o social e o biológico. Nesta perspectiva, “saúde-doença como resultante de um processo social traduziu-se na interpretação de suas causas: de entidades estáticas, passíveis de alteração formal, ao entendimento de seu caráter dinâmico, como parte integrante do ‘movimento global da vida social’” (BREILH, 1991, p. 200). Assim, no bojo destas transformações, que destacamos a partir da década de 1970, percebemos um novo tratamento para o social, de forma que este

Já não é apresentado como uma variável ao lado dos outros “fatores causais” da doença, mas antes como um campo onde a doença adquire um significado específico. O social não é mais expresso sob a forma de um indicador de consumo (quantidade de renda, nível de instrução, etc.). Ele aparece agora sob a forma de relações sociais de produção responsáveis pela posição de segmentos da população na estrutura social (MARSIGLIA; BARATA; SPINELLI, 2018, p. 1008).

Logo, caracteriza-se através das transformações advindas com o modo de produção capitalista no que tange às relações sociais tanto de produção quanto de reprodução, haja vista as repercussões cotidianas negativas para aqueles que vivem do trabalho, evidenciando assim os diferentes projetos em disputa, a luta de classes (VIANA; SOARES; CAMPOS, 2013).

Neste processo de análise acerca do modelo histórico-social e da determinação social do processo saúde-doença, Borghi e Oliveira e Sevalho (2018, p. 873) baseados na construção

de Iriart e colaboradores (2002) ressaltam a importância de se apreender o cenário em que a medicina social latino-americana se desenvolve. Sob este prisma, salientam que esta origem ocorreu em meio a uma conjuntura de crise do que designa de “saúde pública desenvolvimentista”, quando se constata o equívoco da ideia de que o crescimento econômico da região levaria, ao desenvolvimento, pois, as condições de vida e de saúde se agravaram”. Portanto, neste processo evidenciou-se que não necessariamente o desenvolvimento das forças produtivas repercute em relações sociais de produção menos desiguais.

Diante deste cenário, é imprescindível compreender que a análise latino-americana, em concordância com o que sublinhamos, articula o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção desde a sua gênese. Borghi e Oliveira e Sevalho (2018, p. 873) fundamentados em Iriart e colaboradores (2002) expressam que a referida produção “caracterizou-se por seu compromisso com a transformação das condições concretas do viver, pela percepção das relações entre estrutura social e problemas de saúde e pela aliança entre grupos acadêmicos e movimentos sociais”.

Este processo de acordo Borghi e Oliveira e Sevalho (2018, p.873) assentados no estudo de Iriart e colaboradores (2002) repercutiu de forma a “configurar um rompimento epistemológico e de práxis em relação à saúde pública no tocante à compreensão de seus objetos e propósitos”. Nesta lógica, percebemos um movimento de articulação entre as relações sociais de produção e reprodução, a academia e os movimentos sociais, de forma a evidenciar a conexão entre estes aspectos no cotidiano de vida dos sujeitos sociais.

Neste ponto de vista, Borghi e Oliveira e Sevalho (2018, p.888) referem que a epidemiologia social de origem latino-americana influencia as construções no Brasil. É fundamental a análise elaborada por Granda e Breilh (1989) que “traça um ‘perfil epidemiológico de classes’, ao incorporar o modo de produção, a formação social, a reprodução social e as classes sociais como matrizes da determinação social do processo saúde-doença”.

Embora se tenha estes aspectos positivos que sejam incorporados ao debate, Borghi e Oliveira e Sevalho (2018, p.888) sustentados no estudo de Paim (1997) assinalam que “em certos casos, estudos que buscam aproximar desses conceitos terminaram por justapor o referencial teórico marxista a métodos e técnicas comprometidos com a epidemiologia clássica”. Assim, seria uma espécie de avanço “parcial”, na medida em que se refere a categorias como, por exemplo, classe social, mas ao desenvolver a discussão acaba

corroborando com a epidemiologia tradicional⁵¹. Ou seja, acaba fomentando uma relação causal entre a doença e os sujeitos sociais. Neste sentido, é necessário se atentar para o uso das categorias e também para a forma com que o trabalho será desenvolvido para não incorremos em um ecletismo disfarçado.

Neste processo, é necessário também ponderarmos para a relação entre o social e a doença. Marsiglia e Barata e Spinelli (2018, p. 1004) evidenciam que o termo “‘determinação social’ não deve ser entendida como uma relação imediata, direta, unívoca, do tipo causa-efeito, entre o ‘social’ e o processo epidêmico, ou seja, uma relação linear entre o contexto social e o aparecimento ou a produção de endemias”. É de suma importância fazermos as mediações deste processo e compreender a relação entre o biológico e o social com uma interação dialética e complexa.

Nesta acepção, “doença e estrutura social não devem ser vistas como dois elementos ou dois fenômenos distintos, mas como partes de uma mesma totalidade que é histórica e socialmente condicionada” (MARSIGLIA e BARATA e SPINELLI, 2018, p. 1007). Deste modo, a dialética é basilar para entender a determinação social da saúde, conforme destaca Breilh (2010)

La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha determinación social de la salud, si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones ‘social-biológico’ y ‘sociedad-naturaleza’, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación (BREILH, 2010, p. 100).

⁵¹ A epidemiologia tradicional ou convencional se estrutura a partir de uma noção individual e comportamental. Portanto, se articula a determinados objetivos que fomentam o debate por um viés biológico. Donnangelo (2014, p. 69) refere à importância de não se confrontar a epidemiologia social com a epidemiologia tradicional, no sentido de um “embate para ver o que é “o bom” e o que é “o mau”. Nem dá para fazer isto, elas não são comparáveis. Elas são formas diferentes de trabalhar a realidade”. Assim, a autora (2014, p.80) acrescenta que o que diferencia abordagem social da abordagem tradicional, não é apenas o “aparato conceitual (...), mas, sobretudo, por que ela traz uma proposta de intervenção de outra natureza. Não são as vacinas, por exemplo. O nível de intervenção diz respeito, fundamentalmente, à reconversão de certos processos sociais. Nesse sentido não dá para negar a importância de investigações que vão avançando sobre a relação saúde/trabalho; inclusive para construir um perfil epidemiológico de classe”. Dessa forma, fundamentamos que ainda embora a epidemiologia tradicional cumpra aquilo que se ela se propõe a nível individual, isso não alcança a complexidade do real e as mediações necessárias para a compreensão da realidade. Ver mais em: CARVALHEIRO, José da Rocha. O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo / Organizado por José da Rocha Carvalheiro, Luiza Sterman Heimann, Márcio Derbi. São Paulo: Instituto Saúde, 2014.

Neste estudo, é indispensável salientar que a determinação social do processo saúde-doença encontra seus fundamentos na modernidade. Ianni A (2011) faz uma crítica tanto à modernidade quanto a noção de determinação social e aponta que

(...) Uma ciência social voltada para o social, e que no afã de garantir a sua identidade relegou as coisas da natureza para as ciências naturais, ocupando-se apenas de questões sociais, em especial daquelas relativas ao momento histórico da sua constituição, o século XIX: a formação dos Estados Nacionais, a emergência das classes sociais, o desenvolvimento do processo do trabalho industrial, a urbanização da população (IANNI A, 2011, p. 34).

Assim, observamos que na interlocução do debate entre as Ciências Sociais e a saúde temos também o confronto entre a determinação social do processo saúde/doença e as premissas pós-modernas, expressas pela crítica a modernidade que se coloca como substrato para o debate da determinação social. Neste quadro, questiona-se a dimensão da totalidade, a perspectiva histórica e a luta de classes. Essa posição reitera a articulação entre os aspectos teóricos e os movimentos históricos, dado a crise do capital dos anos de 1970, o surgimento das premissas pós-modernas e o questionamento da validade da perspectiva da determinação social. Logo, assinala para as disputas de projetos para a sociedade.

Partimos da compreensão de que a construção do novo paradigma de conhecimento a partir da perspectiva histórico-estrutural estabelece um vínculo entre medicina, sociedade e da própria questão do Estado, de forma a evidenciar o caráter de classe devidamente marcado nas sociedades modernas. Isso posto, temos um processo em que a concepção simplesmente biológica não atende mais às necessidades colocadas a partir do trato político da saúde, isto é, de se considerar os aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais, ideológicos, assim como as condições de vida e de trabalho dos sujeitos sociais (CASTRO, 2018).

Ao mesmo tempo, é essencial sinalizarmos também que este campo teórico em que se situa a perspectiva da determinação social do processo saúde/doença é questionado e problematizado, de forma que esses críticos apontam essa noção como algo estático e que não acompanhou as transformações da sociedade. Nessa oportunidade obtém ênfase o debate sob a tônica dos determinantes sociais da saúde.

Apesar desses desafios, compreendemos que a análise pautada na determinação da saúde considera às alterações constantes da realidade. Dessa forma, defendemos uma sólida análise da saúde ancorada nesta perspectiva. No próximo capítulo, iremos apresentar o debate da determinação social do processo saúde doença e as particularidades da realidade brasileira,

fazendo a relação entre o passado e presente, o quanto que forma como o país de inseriu na dinâmica capitalista irá influenciar nas relações sociais, de forma a agudizar as expressões da “questão social”. Também iremos discutir a saúde e a sociedade brasileira, ressaltando o passado excludente e o presente desafiador. Iremos ressaltar a nova concepção de saúde e a estruturação do sistema e por fim, iremos debater a pandemia da Covid-19 e a saúde no Brasil: novos desafios e velhos dilemas diante do governo Bolsonaro.

CAPÍTULO II – DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E AS PARTICULARIDADES NO BRASIL

Compreender a formação social brasileira é imprescindível para apreendermos como as relações foram estabelecidas, como Brasil se inseriu na dinâmica capitalista e como estes desdobramentos se inserem não somente na saúde, mais na sociedade como um todo. Sendo assim, as desigualdades sociais são colossais, são demonstradas inclusive, em diversos indicadores, que podem ser naturalizados ou analisados criticamente. Ao nosso ver, estes dados fazem a relação entre o passado e o presente e como as relações sociais se estabelecem na realidade brasileira, agudizando as expressões da “questão social”.

Um segundo aspecto desenvolvido nesse capítulo refere-se à relação entre a saúde e a sociedade brasileira. Nesse sentido, ressalta o quanto a gênese da saúde se associa a um processo excludente e conservador, que adquire novos significados, em decorrência do processo histórico. Um terceiro enfoque se refere a nova concepção de saúde e a estruturação do sistema. Por fim, realizamos uma breve análise da saúde no governo Bolsonaro, que traz ainda mais desafios, principalmente pelo caráter neofascista e pela pandemia da Covid-19. Nessa análise, é ainda mais necessário diante dessa conjuntura, realizar a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da construção de uma nova sociabilidade.

2.1 Formação social brasileira, desigualdades e expressões da “questão social”

O debate acerca da formação sócio-histórica brasileira é fundamental para compreendermos como as relações sociais aqui se estabeleceram, como o capitalismo se desenvolveu, quais os impactos para as classes sociais, para o Estado bem como a relação com o capitalismo central. O intuito desta reflexão é lançar ideias para que possamos ter um melhor entendimento dos fundamentos das desigualdades sociais. É necessário ainda sublinhar que além de importante, esta discussão é vasta e não pretendemos esgotá-la, e sim realizar apontamentos, que inclusive se relacionam com a perspectiva da determinação social do processo saúde/doença.

Neste sentido, para entender o Brasil de hoje é necessário nos termos, de Prado Júnior (2008, p. 9) nos remetermos “àquele passado longínquo, mas que ainda nos cerca de todos os lados”. Partilhamos, portanto, de uma perspectiva que considera o fato de sermos um país de

capitalismo dependente, escravocrata, e colonial como marcas fundamentais da nossa história que forjam a nossa objetividade e subjetividade e reforçam o conservadorismo presente na sociedade brasileira. Além disso, é importante analisar que estes elementos forjaram uma visão negativa do Brasil, como sinônimo de “atraso” haja vista as comparações com a Europa, tida como um modelo de civilização.

Prado Júnior (2008, p. 14) enfatiza a relevância de entender o sentido da colonização, não como um fato histórico isolado e sim como algo dialético, que tem implicações entre passado, presente e futuro. Portanto, este momento (colonização), “embora possamos circunscrever com relativa precisão, não é senão um elo da mesma cadeia que nos traz desde o nosso passado mais remoto. Não sofremos nenhuma descontinuidade no correr da história de colônia”.

Diante disso, Prado Júnior (2008, p. 25) salienta a relevância de compreendermos os fundamentos do processo de colonização e não apenas o fato em si termos sido colonizados. Este processo esteve ancorado na exploração do território brasileiro para satisfazer os interesses comerciais da Europa. “E este o verdadeiro **sentido** da colonização tropical, de que o Brasil é uma das resultantes; ele explicará os elementos fundamentais, tanto no econômico como no social, da formação e evolução históricos dos trópicos americanos”. O autor (2008) assinala que o sentido da colonização é para fora, ou seja, a dinâmica externa predomina com relação à interna. Estes elementos explicam diversos aspectos que se fazem presentes atualmente na realidade brasileira, de forma a sobrepor interesses externos sobre os internos.

Consideramos que a relação desigual entre o capitalismo originário e o capitalismo da periferia se espalha para a totalidade da vida social, ou seja, não está presente apenas na economia. Esta relação evidencia inclusive a dependência do capitalismo na relação com o Estado, haja vista que neste processo este terá um papel essencial em viabilizar as condições necessárias para a acumulação de capitais e controle da luta de classes. Nessa relação capitalismo dependente e central, cabe esclarecermos que ambos fazem parte da engrenagem dessa forma de produzir pautada na expropriação. Dessa forma, ser capitalista central não significa ser melhor que ser dependente. Estas comparações servem para dizer que a inserção dos países na dinâmica capitalista ocorre de forma diferenciada, isto é, não somos capitalistas da mesma forma e que isso repercute na configuração do Estado, na luta de classes, na conformação das políticas sociais, entre outros aspectos.

Antunes (2009) no prefácio da obra *Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina*, de Florestan Fernandes (2009) indica que o autor expõe concepções acerca da

sociedade brasileira e dos processos que aqui se desenvolveram e desenvolvem, na medida em que destaca o Brasil como

País maneiroso, cuja história se desenrola lentamente, sem rupturas e mudanças profundas, sempre equacionando seus dilemas pela via da conciliação *pelo alto*, excludente em relação à classe trabalhadora e sempre de prontidão para o exercício da *contrarrevolução*, encontrou na *dependência* e no *subdesenvolvimento* a sua forma de *integração para fora* e *desintegração para dentro* (ANTUNES, 2009, p. 12 in FERNANDES, 2009).

Acerca das classes sociais, Fernandes (2009, p. 47) é categórico e ressalta que estas “não ‘são diferentes’ na América Latina. O que é diferente é o modo pelo qual o capitalismo se objetiva e se irradia historicamente como força social”. Portanto, estes processos estão relacionados a formação sócio-histórica brasileira, são fundamentos que demarcam o nosso lugar na dinâmica do modo de produção capitalista, que engloba tanto a produção quanto a reprodução social e reverbera também no debate da saúde.

Fernandes (2009, p. 60) salienta a questão da dependência não como uma etapa e sim como uma opção das classes dominantes. Portanto, “a dependência, por sua vez não é mera ‘condição’ ou ‘acidente’, é tida como algo estrutural que tem relação com a manutenção do *status quo*” e isso incide diretamente nas classes sociais e na configuração da sociedade brasileira.

Neste sentido, Bezerra (2019) evidencia que o capitalismo dependente é produto de uma situação histórica em que as burguesias nacionais foram incapazes de conciliar desenvolvimento econômico, soberania nacional e democracia. Este processo determina cada vez mais uma subordinação externa e também um aumento dos anacronismos sociais, haja vista que as desigualdades se acirram.

Estes processos se associam também ao fato de termos sido um país escravocrata. Procópio (2017, p.37) destaca que o racismo é elemento ideológico do capitalismo. Nessa compreensão, “o imperialismo multiplicou as formas de racismo, que foi modernizado na medida da necessidade de estratégias mais sofisticadas de dominação”. Isto é, há uma espécie de “remodelamento” para atender à necessidade atual do capitalismo de se desenvolver.

Nesta perspectiva, sublinhamos que a combinação entre capitalismo dependente, escravidão e colonização repercute em um adensamento das expressões da “questão social” e da forma com que as relações sociais se desenvolveram na sociedade brasileira, enquanto parte da periferia capitalista e recai na determinação social do processo saúde/doença. Estes

processos, conforme salientamos, incidem nas classes sociais, sobretudo, nas subalternas. Nesta perspectiva, Ianni (2004) destaca que

Muito tempo depois, praticamente um século após a Abolição da Escravatura, ainda ressoa no pensamento social brasileiro a suspeita de que a vítima é culpada. Há estudos em que a “miséria”, a “pobreza” e a “ignorância” parecem estados de natureza, ou da responsabilidade do miserável, pobre e analfabeto. Não há empenho visível em revelar a trama das relações que produzem e reproduzem as desigualdades sociais (IANNI, 2004, p.110).

Deste modo, estas questões em sociedades como a brasileira de inserção tardia, periférica e dependente no modo de produção capitalista ganha contornos ainda mais críticos, haja vista que, muitas vezes os estudos não buscam os fundamentos das desigualdades sociais e ficam apenas na aparência do fenômeno, na culpabilização dos sujeitos e na ineficiência das políticas sociais. Por este motivo, avaliamos a importância que este debate tem na relação com a determinação social do processo saúde/doença. Isto é, a necessidade de descortinar a aparência da realidade e buscar a essência dos fenômenos em curso na sociedade.

Nesta apreensão, percebe-se a convergência entre o processo saúde/doença e as desigualdades intrínsecas a sociabilidade capitalista que atinge as expressões da “questão social” e obtém contornos ainda mais dramáticos em sociedades como a brasileira. Por isso, o estudo da formação social é imprescindível, de forma a atingir a essência dos fenômenos e pautar-se na totalidade social. Isto implica fazer as mediações entre a dinâmica micro e macrosocial.

Por este ângulo, partimos da perspectiva que assinala a relevância e a atualidade do debate da determinação social. Essa demarcação é fundamental, na medida em que em cenários de crises, sejam elas econômicas, sociais, sanitárias e entrelaçadas, o aspecto social tende a obter ênfase, porém, na maioria das vezes aparece esvaziado de seu significado no que tange a base de sustentação das desigualdades nas sociedades.

Ao pautarmos a necessidade dessa análise está voltada para a perspectiva da totalidade social, significa que os fenômenos que ora se apresentam na sociedade possuem relação dialética com fenômenos anteriores, que vão se reconfigurando de forma a sustentar a sociabilidade capitalista.

Toda essa configuração brevemente exposta, significa que a sociedade brasileira está entre as mais desiguais no mundo e isso traz implicações importantes, sobretudo, para as classes subalternas. Além disso, é essencial considerarmos que estes elementos associam a questão ao

debate étnico-racial. Ao analisarmos os indicadores no Brasil (IBGE, 2019), verificamos que dados de 2018 indicam que apenas 29,9% de pretos e pardos estão inseridos em cargos de gerência em que 68,6% são ocupados por brancos; a taxa de subutilização; bem como a distribuição da renda e das condições de moradia, a taxa de analfabetismo (2018) e de homicídios (2017) é maior na população negra. Estas informações indicam como o racismo opera na sociedade brasileira e expressa a relação entre o passado e o presente. Dessa forma, reitera a importância do debate trazido pela determinação social do processo saúde/doença. Isto é, a forma como a sociedade produz e se reproduz repercute no cotidiano dos sujeitos sociais associado a outros debates que se desdobram na sociedade.

Isto posto, ressaltamos que o estudo da formação social brasileira destaca as relações sociais, e a relação com demais aspectos que acirram a luta de classes, o racismo, as questões de gênero e sexualidade, por exemplo. Nesse sentido, consideramos que é urgente trazeremos essas temáticas para o debate, haja vista que só enfrenta estas particularidades, se as mesmas possuem visibilidade e estão em contínua reflexão, caso isso não ocorra, corremos sérios riscos de tomarmos a realidade na sua mais pura imediatez e atribuímos que estas questões não estão mais na ordem do dia ou são fatos isolados e pontuais presentes na sociedade.

Neste cenário, é indispensável ponderarmos também que toda essa conjuntura histórica da sociedade brasileira continuamente conservadora e desigual trará implicações no debate da saúde e para o adensamento das expressões da “questão social”.

Iamamoto (2018) ressalta que as expressões da “questão social” no Brasil, se agudiza mediante as

desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, mobilidades espaciais, formações regionais e disputas ambientais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. Dispondo de uma dimensão estrutural - enraizada na produção social contraposta à apropriação privada do trabalho -, a questão social atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania, em embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos (IAMAMOTO, 2018, p. 72).

Ponderamos que estes aspectos referentes às desigualdades sociais estão associados a esse retrospecto da nossa formação social, que vão se metamorfoseando influenciado pelos acontecimentos históricos. Netto (2011, p.19), por exemplo, evidencia acerca do estágio do capitalismo monopolista que “recoloca em patamar mais alto, o sistema totalizante de

contradições que confere a ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação, transitoriedade histórica, todos eles desvelados pela crítica marxiana”.

Para pensarmos a “questão social” nas particularidades da formação social, é imprescindível considerarmos a relação entre o “arcaico” e “moderno”. Nos termos de Iamamoto (2014)

O novo surge pela mediação do passado, transformado e recriado em novas formas nos processos sociais do presente. A atual inserção do País na divisão internacional do trabalho, como país de uma economia dita “emergente” em um mercado mundializado, carrega a história de sua formação social, imprimindo um caráter peculiar à organização da produção, às relações entre o Estado e a sociedade, atingindo a formação do universo político-cultural das classes, grupos e indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2014, p.128 - grifos nossos).

Em 2017 é publicado o relatório da Oxfam Brasil - intitulado “a distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras” que revela os vexatórios indicadores sociais do Brasil. O referido relatório indica a exigência de se debater sobre as desigualdades e assinala que

No Brasil, a situação é pior: apenas seis pessoas possuem riqueza equivalente ao patrimônio dos 100 milhões de brasileiros mais pobres. E mais: os 5% mais ricos detêm a mesma fatia de renda que os demais 95%. Por aqui, uma trabalhadora que ganha um salário mínimo por mês levará 19 anos para receber o equivalente aos rendimentos de um super-rico em um único mês (OXFAM BRASIL, 2017, p. 6).

Os dados são contundentes acerca dos desafios presentes na sociedade brasileira, o trabalho elaborado pela Oxfam Brasil (2017, p.21) se baseia no último Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) que indica que “o Brasil é 10º país mais desigual do mundo, num ranking de mais de 140 países. Por aqui a desigualdade é extrema”.

Iamamoto (2014, p. 114) ressalta que diante da mundialização financeira, da contrarreforma do Estado e da reestruturação produtiva, faz-se ainda mais necessário que estejamos atentos às expressões da “questão social”, de forma a compreendê-las como “uma unidade de diversidades”. Diferentemente, portanto, daquelas “expressões que aparecem sob a forma de “fragmentos” e “diferenciações”, independentes entre si, traduzidas em autônomas “questões sociais””.

Neste sentido, ressaltamos que essas desigualdades são instituintes e instituídas na sociedade brasileira e essa marca estrutural reverbera, sobretudo, na saúde da população, entendida como além da ausência da doença, e sim como parte das relações estabelecidas em sociedade que se associam a forma produzir e reproduzir.

2.2 A saúde e a sociedade brasileira: o passado e o presente

Diante das inúmeras desigualdades sociais que afligem a sociedade brasileira é necessário analisar como estas se desdobram na configuração da saúde. Dessa forma, ao realizar esta pesquisa, verificamos que a saúde nasce na sociedade brasileira de forma excludente e obtém novos contornos, influenciadas pela conjuntura política, econômica e social de cada período histórico.

Podemos verificar que durante a colônia e início do Império,

os problemas de saúde da população brasileira não estiveram relacionados somente ao mundo da medicina. Neste longo período, a medicina erudita era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia. Membros da elite, estes agentes da medicina oficial se radicalizavam somente nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das camadas mais altas da população. Assim, a prática médica estava distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal, de curandeiros diversos e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas, como os existentes nos hospitais de Santa Casa de Misericórdia, que, desde o início do período colonial, foram fundados em algumas regiões mais populosas do país (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 279).

Ainda que com a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro começasse a se desenvolver em território brasileiro as primeiras instâncias de saúde pública e posteriormente com a Independência as entidades médicas, como agremiações e faculdades, Scorel e Teixeira (2012, p. 280-281) indicam que “apesar dessas iniciativas, o avanço da medicina oficial não ampliou de pronto os cuidados com a saúde da população, que permaneceu, ainda que por muito tempo, recorrendo a diversos agentes de cura, denominados pelos médicos de charlatões”.

Scorel e Teixeira (2012) destacam a relação entre os problemas de saúde e as condições de vida e trabalho da sociedade brasileira, demonstrando que as questões referentes às doenças intestinais, transmissíveis e de carência de nutrientes como as mais pertinentes nas camadas baixas da população. Além disso, acrescentam o pouco alcance da medicina oficial.

No século XIX, com a Proclamação da República, Escorel e Teixeira (2012, p. 284) ressaltam que tivemos um cenário abundante no que tange ao “dinamismo da economia agroexportadora nacional, marcado principalmente pela pujança do setor cafeeiro e pelo predomínio das forças políticas a ele ligadas”. Os autores (2012, p.285) acrescentam que, todavia, este desenvolvimento da economia não proporcionou grandes alterações nos serviços de saúde. As inovações que tivemos no período foram: a “vacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional e a criação de um rol de doenças de notificação compulsória”.

Conforme mencionamos, a gênese da saúde enquanto questão de saúde pública, ou seja, de trato público, em território brasileiro ocorre de forma excludente. Em outros termos, somente as camadas mais altas tinham o acesso, isto se associa a outro fenômeno também importante, no que se refere na constituição de uma saúde pública estruturada de forma permanente.

Neste sentido, “para o Estado brasileiro, a saúde ainda estava intimamente relacionada às crises sanitárias. Uma vez debelados as epidemias e outros problemas ocasionais, poder-se-ia prescindir do gasto federal em saúde pública” (ESCOREL, TEIXEIRA, 2012, p. 286). Este processo indica que a saúde desde a sua origem possui desafios significativos, sejam eles referentes ao acesso como também ao financiamento e a estruturação do sistema.

Além disso, é fundamental ressaltarmos que a preocupação do Estado com a saúde estava fundamentada em não atingir o modelo agrário agroexportador e ações restritas às áreas urbanas (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Estes aspectos evidenciam a relação entre saúde e economia, de forma que, o objetivo das ações estatais está voltado à preservação do modelo econômico vigente e atuação diante para os períodos de crise.

Todos estes aspectos implicam que a não estruturação dos serviços de saúde culmina em deixar a população sem assistência, ocasionando ainda mais mortes. Este cenário se torna ainda mais dramático no interior do país.

Cabe salientar que, em decorrência do desenvolvimento da sociedade brasileira, da urbanização acelerada e do aumento das desigualdades sociais, fez-se necessário uma resposta por parte do Estado diante das expressões da “questão social”. Nesse sentido, até 1930, de modo geral, a pobreza não era apreendida, pelo pensamento dominante, enquanto expressão da “questão social”, ou seja, como um conjunto de problemas políticos, econômicos e sociais colocados pela classe trabalhadora ao questionar as condições de vida e de trabalho impostas pelo modo de produção capitalista. A partir de 1930 com o estímulo a industrialização e a própria “expansão do papel do Estado, em sintonia com as tendências mundiais após a grande

crise capitalista de 1929, mas mediada pela particularidade histórica brasileira, envolveu também a área social, tendo em vista o enfrentamento das latentes expressões da questão social” (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.13).

Nesse processo, é fundamental fazermos a relação entre a sociedade, a economia, as expressões da “questão social” e a configuração das políticas sociais. A articulação desses elementos tem por objetivo evidenciar o quanto a formação sócio-histórica brasileira conforma processos que vinculam a realidade macro e microsocial. Na compreensão de Behring e Boschetti (2016, p.72) implica em realizar uma “leitura dialética do processo de formação do capitalismo brasileiro”. Nessa análise, entendemos o quanto os interesses externos se sobrepõem aos internos, e isso traz sérias consequências para a elite brasileira, para a luta de classes e para as políticas sociais. No que se refere as classes trabalhadoras se tem uma dificuldade em aglutinar forças para o enfrentamento as desigualdades sociais, como também para acesso aos direitos sociais. Tendo em vista que, o “presente que se acha impregnado de vários passados” (IANNI, 1992, p.60) e isso reitera as nossas desigualdades e a nossa posição na dinâmica capitalista.

Veremos que os escassos direitos que começam a se conformar no país, estavam restritos aos trabalhadores inseridos no trabalho formal e urbano. Isto é, seguindo o modelo de seguro social, na medida em que exigia a contrapartida destes trabalhadores para o acesso. Portanto, estes direitos não estavam associados à cidadania, aos preceitos universais, e sim vinculados ao reconhecimento ocupacional, o que excluía grande contingente populacional brasileiro e distribuía os benefícios de forma desigual. A conformação desse processo é designada por Santos (1987) como cidadania regulada.

Em 1923 tivemos a Lei Eloy Chaves que implementa as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) direcionadas aos trabalhadores ferroviários, ou seja, para aqueles que tinham um papel fundamental na economia, de escoar a produção. Com Getúlio Vargas, em 1933 temos a constituição dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que amplia o acesso em comparação às CAPs, mas que ainda mantém o caráter excludente. Estes elementos são importantes, pois, se vinculam o acesso aos serviços de saúde, bem como aos previdenciários.

Salientamos que a relação entre saúde e sociedade, significa além de compreender o conservadorismo, o racismo, a desigualdade de classe, e também o higienismo presente na sociedade brasileira. Acerca deste último, a análise se baseia no fato de que os pobres eram vistos como potencial forma de contágio de doenças, ou seja, a preocupação se dava para além da esfera do trabalho e da conservação da ordem pública (CHALHOUB, 1996). Dessa forma,

o diagnóstico era “de que os hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade, e isto porque as habitações coletivas seriam focos de irradiação de epidemias, além de, naturalmente, terrenos férteis para a propagação de vícios de todos os tipos” (CHALHOUB, 1996, p.29).

Como exemplo, Chalhoub (1996) relata a demolição⁵² de um importante cortiço na cidade do Rio de Janeiro, no século XIX, chamado “cabeça de porco” que traz à tona reflexões importantes no que se refere tanto ao destino dos moradores quanto do surgimento das favelas na cidade supracitada. Essa ação foi marcada pelo caráter abrupto e violento. “É impossível perceber o sentido de tamanha demonstração de força⁵³, de capacidade de intimidação e, mais fundamental ainda, não se encontra a explicação para tanto ódio de classe⁵⁴” (CHALHOUB, 1996, p.19).

Neste sentido, verificamos muitas vezes a repetição de ações e de modelo a ser seguido, o que de acordo com Chalhoub (1996, p. 35) “o que se declara, literalmente, é o desejo de fazer a civilização nos trópicos; o que se procura, na prática, é fazer política deslegitimando o lugar da política na história”, bem como o total desprendimento da formação sócio-histórica dos países. O que implica tentar fazer uma cópia mecanizada daquilo visto e vindo do exterior, de fora, como o modelo a ser seguido e implementado nos países, tido como subdesenvolvidos.

Além desses importantes aspectos mencionados é fundamental nos atermos à questão ideológica e de base para a sustentação das ações implementadas pela administração pública. No trabalho de Schwarcz (1993) verificamos um processo de alterações importantes na discussão médica no século XIX, que se desdobram na mediação com a sociedade e na configuração da saúde. Schwarcz (1993) ressalta que a higiene pública movimentou grande parte dos debates até os anos de 1880, “nos anos 1890 será a vez da medicina legal, com a nova figura

⁵²Essa intervenção violenta ressaltamos que não ficou circunscrita ao século XIX, ainda é um importante instrumento utilizado na atualidade e que ao mesmo tempo, evidencia a luta de classes, a segregação socioespacial, a especulação imobiliária e outros aspectos que interferem na conformação da política da saúde e no cotidiano das classes sociais. No que se refere a especulação imobiliária, “o discurso dos higienistas contra as habitações coletivas interessou sobremaneira a grupos empresariais atentos às oportunidades de investimentos abertos com a expansão e as transformações da malha urbana da Corte” (CHALHOUB, 1996, p.52).

⁵³Esse debate segundo o autor (1996, p.25) se coaduna com a noção de classes perigosas, bem como indica também a estrutura racista presente na sociedade brasileira. Ao citar o discurso de um deputado no século XIX, “os defeitos” dos negros não se explicam a partir de um determinado fato social – a escravidão -, porém se situam num campo intrínseco à história – a “natureza”.

⁵⁴Acerca dessa questão da luta de classes, Chalhoub (1996) demonstra que “a noção de que a pobreza de um indivíduo era fato suficiente para torná-lo um malfeitor em potencial teve inúmeras consequências para a história de nosso país (...). A polícia age a partir do pressuposto da suspeição generalizada, da premissa que todo cidadão é suspeito de alguma coisa até prova em contrário e, é lógico, alguns cidadãos são mais suspeitos do que os outros (CHALHOUB, 1996, p.23).

do perito – que ao lado da polícia explica a criminalidade e determina a loucura -, para nos 1930 ceder lugar ao “eugenista”, que passa a separar a população enferma da sã” (SCHWARCZ (1993, p.140).

Cabe destacar a medicina imersa em processos de desconstrução e disputas. Sublinhasse o debate entre a escola de medicina do Rio de Janeiro e a escola da Bahia. Os primeiros “buscavam sua originalidade e identidade na descoberta de doenças tropicais com a febre amarela e o mal de Chagas, que deveriam ser prontamente sanadas pelos programas “hygienicos”” (SCHWARCZ, 1993, p.140). Já os segundos “farão o mesmo ao entender o cruzamento racial como o nosso grande mal, mas, ao mesmo tempo, nossa suprema diferença” (SCHWARCZ, 1993, p.140). Essa composição marcada tanto pelo higienismo quanto pela eugenia⁵⁵ incidirá na conformação de uma política conservadora para a saúde e também para as necessidades da população.

No que tange a eugenia Schwarcz (1993, p.47) acentua “um “ideal político”, um diagnóstico sobre a submissão ou mesmo a possível eliminação das raças inferiores, que se converteu em uma espécie de prática avançada do darwinismo social – a eugenia -, cuja meta era intervir na reprodução das populações”.

A análise fundamental desse processo é de que a eugenia se converte em um movimento tanto científico quanto social a partir de finais do século XIX e passa a desempenhar metas diversas (SCHWARCZ, 1993).

Como ciência, ela supunha uma nova compreensão das leis da hereditariedade humana, cuja aplicação visa a produção de “nascimentos desejáveis e controlados”; enquanto movimento social, preocupava-se em promover casamentos entre determinados grupos e – talvez o mais importante – desencorajar certas uniões consideradas nocivas à sociedade (SCHWARCZ, 1993, p. 48).

Dessa forma, o debate da eugenia traz consigo não somente a questão da hereditariedade, de eliminação da raça “inferior”, mas, sobretudo, dos aspectos ideológicos que perpetuam o racismo na sociedade e a lógica desumana da sociedade do capital. Tanto a eugenia

⁵⁵Schwarcz (1993, p.47) esclarece que “o termo “eugenia” – eu: boa; genus: geração – foi criado em 1883 pelo cientista britânico Francis Galton. Galton na época conhecido por seu trabalho como naturalista e como geógrafo especializado em estatística, escreveu seu primeiro ensaio na área de hereditariedade humana em 1865, após ter lido A origem das espécies. Em 1869 era publicado Hereditarygenius, até hoje considerado o texto fundador da eugenia.

quanto o higienismo serão dois eixos essenciais que em nome de um dito caráter científico, fomentado pelo Estado, irá “justificar” as atrocidades contra a maioria da população.

A relação mecanizada entre pobreza e doença se coaduna com o debate dos higienistas que supunham que a sua perspectiva estava para além dos homens e bem como “da moral e da política; por enquanto, todavia, ainda não haviam conseguido transformar as instituições num emaranhado de casuísmos. Isso só seria possível com o advento das primeiras administrações republicanas, e com a ajuda decisiva de novos aliados” (CHALHOUB, 1996, p.46).

O que se identifica nesse período é que o projeto higienista está preocupado com a preservação das classes dominantes, de forma a não colocá-la em perigo, principalmente no que se refere às doenças e seus espriamentos, em detrimento de ações que busquem de fato melhorar as condições de vida das classes subalternas.

Na década de 1930, se cria um ministério que unia saúde e educação. Essa organização se inseriu no escopo de ações que buscavam e reiteravam o caráter centralizador, burocrático e de Estado forte da conjuntura varguista (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Além disso, os autores (2012, p.302) destacam “outro aspecto do caráter centralizador da saúde pública no Estado Novo pode ser observado na criação de diversos serviços de atuação nacional voltados para doenças específicas, obedecendo à lógica campanhista”. Braga e Paula (2018) destacam que

A partir de 1935 retoma-se a prática das campanhas sanitárias, interrompidas entre 1930 e 1934, e que se constituirão no elemento central da institucionalização das ações de Saúde Pública no Brasil. Como ações coordenadas centralmente, à maneira militar – não é toa que se fala em *campanhas, combate, vigilância* – as campanhas sanitárias foram elementos importantes no processo de centralização da política de saúde, de sua caracterização como *nacional* – pelo menos no sentido espacial (BRAGA; PAULA, 2018, p.104).

Cabe fazermos uma observação interessante no que se refere às ações estatais tanto no Brasil quanto nos demais países, a partir de dois importantes elementos: o primeiro relacionado ao fato de que o próprio desenvolvimento do modo de produção capitalista exige a intervenção estatal, na medida em que as desigualdades se acirram, se tem o surgimento de doenças associadas às péssimas condições de vida das classes trabalhadoras e a necessidade que o Estado atue diante desses aspectos, de forma a minorar o impacto para o processo de acumulação. O segundo componente está relacionado ao próprio tensionamento oriundo da organização dos trabalhadores.

Estes diversos elementos se articulam e se configuram influenciados pelos acontecimentos históricos, como as Revoluções de 1848, que embora tenham sido derrotadas, trouxe certas contribuições que foram inseridas ao debate político (SILVA JUNIOR, 1996). “A crise do capitalismo dos anos 30 reforça a posição de segmentos políticos que defendem a intervenção do Estado na economia, de forma a sustentá-la nos períodos de crise e alavancar as iniciativas privadas de capitais” (SILVA JÚNIOR, 1996, p. 36). Diante desse quadro, movido

As pressões dos partidos e das massas trabalhadoras urbanas, através de sindicatos, colocaram na agenda política a necessidade do desenvolvimento de ações no campo do bem estar social. A organização dos Sistemas Nacionais de Saúde foi gestada nesta conjuntura. Põe-se em evidência as formas de organizar e prestar serviços de saúde às populações (SILVA JUNIOR, 1996, p. 37).

No decorrer desse processo histórico da saúde brasileira, verificamos alterações importantes decorrentes e influenciadas pelas alterações pertinentes a cada período histórico. Cada vez mais essas alterações se processam exigindo uma maior intervenção por parte do Estado, no sentido de que é primordial a configuração da saúde de forma estruturada, se contrapondo, portanto, as ações pontuais a até então estabelecidas. Este paralelo comparativo entre a organização da saúde, com as ações seja através da lógica campanhista ou de estrutura permanente, nos indica uma importante reflexão no que se refere também à lógica curativa e preventiva da saúde. Braga e Paula (2018, p.100) ressaltam que “parece ser esse o significado profundo das mudanças de política social que têm início nos anos de 1930: o Estado, agora, tende a responder à questão social não mais parcial e pontualmente, como no período anterior”.

Na compreensão de Braga e Paula (2018)

É possível afirmar que a partir de 1930 emerge e toma forma uma política nacional de saúde, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação. Entretanto, cabe desde já afirmar o seu caráter “restrito” desta política de saúde. “Restrito” porque limitada na amplitude de sua cobertura populacional e nos aspectos técnicos e financeiros da estrutura organizacional (BRAGA; PAULA, 2018, p. 97).

O processo da relação entre saúde de sociedade, na análise de Behring e Boschetti (2016) perpassa aspectos que estão associados a crise de 1929, a Revolução Russa de 1917 e a própria fundação do Partido Comunista Brasileiro (PCC), em 1922. As autoras destacam que com:

O advento da crise internacional de 1929-1932 teve como principal repercussão no Brasil uma mudança na correlação de forças no interior das classes dominantes, mas também trouxe consequências significativas para os trabalhadores, precipitando os acontecimentos na efervescente sociedade brasileira daqueles tempos (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.104).

Portanto, apesar dos inúmeros desafios sócio-históricos da sociedade brasileira há um tensionamento da luta de classes por direitos sociais, inclusive no que tange a saúde e as condições de vida e trabalho das classes subalternas. De forma que "por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes" (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 79). Ressaltamos, portanto, que foi fundamental a organizações coletivas e a saúde como pauta desses movimentos, de forma a reposicionar a luta de classes.

A colocação de Braga e Paula (2018) coincide com outros autores que ressaltam o fato de termos um acesso à saúde restrito a priori às camadas mais ricas, posteriormente, se amplia esse acesso, mas ainda se mantém a exclusão de grande parcela da população brasileira, dada a natureza da sociedade sob a égide do capital⁵⁶.

Na análise da saúde pública brasileira dos anos de 1950 - 1960, Braga e Paula (2018) ressaltam o círculo vicioso entre pobreza e doença indicadas por alguns sanitaristas da época. Nessa relação determinista bastaria solucionar

o problema da doença, a pobreza estaria automaticamente resolvida. Isso levava a um outro equívoco, o método de combate à doença: comparando os níveis de doença e ações sanitárias dos "países pobres" aos níveis dos "países ricos", concluíram que para alcançar o mesmo nível de saúde bastava gastar os mesmos recursos e montar a mesma estrutura (BRAGA; PAULA, 2018, p. 112).

Essa relação mecanizada entre pobreza e doença, desconsidera a base de sustentação das desigualdades sociais, de forma a permanecer apenas na aparência da realidade, bem como

⁵⁶A saúde buscava o estatuto de ministério e a partir da década de 1940 temos alterações significativas no que se refere a questão dos hospitais. Neste sentido, neste período emergem os amplos e novos "hospitais públicos no país, a maioria dos quais previdenciários, dando início à configuração de um padrão de assistência à saúde 'hospitalocêntrico'. Até 1948 existiam apenas cinco hospitais próprios dos IAPs. Em 1950, eram nove. Em 1966, 28 e, em 1978, 32" (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p.308).

na reprodução de que a Europa, e os países ricos são os modelos a serem seguidos. O ponto basilar dessa análise, portanto, é “ignorar” a formação sócio-histórica dos países pobres, ou seja, as suas inserções subalternas na dinâmica do capital.

No que tange à saúde, o estatuto de Ministério da área se configura apenas na década de 1950. Uma observação importante é de que este já surge subfinanciado. Isso porque, de acordo com Hamilton e Fonseca (2003) com a separação entre saúde e educação, para a saúde foram destinados apenas um terço dos recursos do antigo Ministério da Educação e Saúde. O subfinanciamento, sendo assim, é apenas um dos aspectos estruturadores da saúde, que se fato possui a sua relevância, na medida em que é um eixo importante para o desenvolvimento das ações. Mas, é fundamental também, termos em análise de que os desafios são ainda maiores e de outra ordem, que se articulam dialeticamente a dimensão ideológica e estruturadora de um sistema que preza pelo lucro e não pelo atendimento da população em suas necessidades, sejam elas de saúde ou de qualquer outra ordem.

Ainda que a saúde tenha obtido o estatuto de ministério próprio, não percebemos num primeiro momento, alterações significativas no tange ao acesso, haja vista que nas décadas de 1950 e 1960 o acesso ainda estava vinculado aos trabalhadores urbanos e formais. Os pobres permaneciam ligados aos “serviços de indigentes’ das prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas, com caráter assistencialista e instrumentos da política clientelista local” (VIANNA, 1998, p. 150). Acesso esse agravado também pela configuração da saúde que privilegia o modelo hospitalocêntrico em prejuízo das ações de promoção e prevenção da saúde.

Neste debate histórico da saúde é fundamental relacionar os acontecimentos históricos. Dessa forma, é inegável a relação entre as reformas de base propostas por João Goulart e a municipalização dos serviços de saúde. Portanto, a criação de uma nova concepção que visa ser descentralizada e organizada, de forma a prestar atendimento básico até os atendimentos médico-hospitalares especializados (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Nesse período, foram realizados diversas conferências e Congressos⁵⁷. Destacamos o XV Congresso de Higiene, realizado em Recife, na década de 1960 que desponta a sinalização de um novo conceito de saúde

que buscava consolidar uma nova política sanitária. A saúde da população deveria ser entendida como suas condições globais de trabalho. Reconhecia

⁵⁷Destacamos nesse bojo, dois eventos importantes para a saúde e a sua configuração, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, em que foi sugerido “uma lei municipal para todos os municípios criarem serviços de saúde. Em 1963, dos 3.677 municípios havia 2.100 sem nenhuma estrutura de saúde” (FADUL, 1978, p. 74) e XV Congresso de Higiene.

um círculo vicioso entre pobreza e doença e subordinava sua interrupção a um projeto de desenvolvimento nacional, com base em algumas reformas estruturais da sociedade e na melhoria da distribuição da riqueza nacional (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 316-317).

Costa (1979, p.15) refere que os dados referentes a mortalidade infantil e as péssimas condições de vida dos adultos culminou na elevação da higiene como a política a ser seguida. Esta configuração tem na medicina uma fundamental aliada, de forma que "quando observamos os resultados da educação higiênica, uma condição de impõe: a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normatização”.

Diante desses fatos, verificamos que embora trouxesse algumas alterações significativas para a saúde, fundamentalmente essas ações estavam voltadas para que o projeto nacional se devolvesse, o que implicava agir no binômio pobreza e doença. Ou seja, fazia parte de estrutura orquestrada pelo Estado para perpetuação da sociabilidade capitalista. Esse processo aparentemente mais “social” foi interrompido pelo golpe militar de 1964, marcado tanto pelo autoritarismo quanto pela privatização, nos termos Escorel (2012).

Braga e Paula (2018) referem que há muito tempo os interesses econômicos do setor privado no Brasil buscam lucratividade através dos serviços de saúde. Porém, é inegável, que essa configuração obteve um patamar ainda mais elevado na década de 1960⁵⁸, a partir “da hegemonia da medicina previdenciária, cuja expansão se faz justamente mediante o apoio às unidades privadas”. Neste sentido, os autores (2018) indicam como predileções empresariais vão configurando a política de saúde, imprimindo a esta uma importante forma do capital se reproduzir, ainda que isso implique no não acesso de milhões de pessoas ao sistema de saúde.

Dessa forma, ressaltamos o quanto os aspectos se articulam para a compreensão dos fenômenos presentes na sociedade e o quanto isso interfere no debate da saúde. O'Donnell (1982) vai indicar que o regime militar teve duas importantes funções: restituir a ordem na sociedade e organizar a economia, em geral, através do arrocho salarial (em que os ajustes não

⁵⁸ Período esse marcado pela Ditadura Militar. Escorel (2012) destaca a forma com que o regime ditatorial dirigiu o país, através dos Atos Institucionais (AI) que, gradativamente extinguíram os direitos políticos e civis. O AI-5, de dezembro de 1968, “deu ao regime poderes absolutos e cuja a primeira e maior consequência foi o fechamento por quase um ano do Congresso Nacional. Dando início ao período de repressão mais intensa do regime militar” (SCOREL, 2012, p. 324). É necessário sublinhar o alinhamento entre os aspectos políticos e econômicos. Nesta quadra histórica, temos a repressão política conjugada ao intitulado 'milagre econômico', “uma fase de grande crescimento na economia, cujos resultados eram usados para mascarar a falta de liberdade. A teoria formulada naquele momento de ‘esperar o bolo crescer para depois dividir’ apresentaria seus resultados no aumento da desigualdade social” (SCOREL, 2012, p. 325).

acompanham a inflação e impacta diretamente as classes trabalhadoras) e da transnacionalização sucessiva da base produtiva. Esse processo corrobora, portanto, com a indução do capital internacional e fomenta a questão da privatização da saúde, por exemplo. O autor (1982) evidencia estes aspectos que associam o capital internacional, o nacional e a tecnoburocracia civil e militar vão obter outro estatuto na ditadura militar. Isso, porém, não significa que a tecnoburocracia tenha surgido com o governo dos militares, mas foi nesse momento que se expandiu, sobretudo, no aspecto político, conforme expressa O'Donnell (1982).

Outro aspecto também importante principalmente na primeira década do regime militar, se refere a saúde estatal, no que tange a caracterização da “preponderância da lógica e do modelo previdenciário sobre o Ministério da Saúde, construído a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social” (SCOREL, 2012, p. 326). Isso evidencia a forma e o estatuto em disputa no qual a saúde se insere como campo não privilegiado acerca da alocação de recursos, que solidificou a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Bravo (2006, p.4) esclarece que a organização da política de saúde ocorre por dois subsetores, a saber: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro “será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritivamente, para as do campo”. Já o segundo “só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966”.

Bravo (2006, p.5) ressalta que o cerne da questão é a situação de saúde da população, no período entre 1945 a 1964 (com algumas alterações, em especial, nos anos de 1950, 1956 e 1963, “em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e das elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral”. Portanto, vínhamos diante de um cenário grave, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto das condições de vida, que seriam ainda mais impactadas pelo modelo hospitalocêntrico e privado, estruturado a partir da década de 1950 (BRAVO, 2006).

Scorel (2012) baseada na análise de Cordeiro (1980) indica a relação entre a configuração da política de previdência e a interlocução com a saúde, tanto no que refere ao modelo de saúde quanto a corrupção, de forma que

O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientada

pelo lucro. A contratação de serviços privados de saúde, especialmente hospitais e laboratórios, era feita por meio de credenciamento e remunerada por Unidades de Serviço (US), modalidade de pagamento denominada por Carlos Gentile de Melo (1981) como “fator incontrolável de corrupção”. Na medida em que os preços tabelados em US eram baixos e na ânsia de tornar a medicina uma atividade lucrativa, os serviços inventavam pacientes ou ações que tinham sido praticadas ou ainda escolhiam fazer apenas aquelas que eram bem remuneradas, como o parto de cesariana em vez de parto normal. O estímulo à iniciativa privada pode ser evidenciado no aumento do número de leitos privados lucrativos: em 1960, 14,4% do total de leitos privados e, em 1971, esse número subiu para 44% (SCOREL, 2012, p. 327-328).

Neste sentido, foi colocado de forma contundente a privatização da saúde, seja pela transferência das responsabilidades estatais, seja pelo fomento à indústria dos insumos, exames, e laboratórios, como também o estímulo ao modelo hospitalocêntrico. Estrutura essa já criada nos anos de 1950, em que “a corporação médica ligava aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava pelo financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização” (BRAVO, 2006, p.5-6). Esse processo evidencia a relação entre a saúde e a sociedade, e a forma com que a primeira é utilizada para atender as necessidades do capital e o quanto a segunda em sua grande maioria tem os interesses e necessidades ignorados⁵⁹ por essa mesma sociedade⁶⁰.

O plano de privatizar o Sistema Nacional de Saúde, nos termos de Scorel (2012) pretendia que

todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas. O Estado ficaria apenas com o papel de financiar os serviços privados, que seriam, também, custeados em parte pelos próprios pacientes, que exerceriam a livre escolha dos profissionais e dos serviços. Isso possibilitaria, segundo o plano, a universalização do acesso à assistência médica e a sua integração sob a égide do Ministério da Saúde (SCOREL, 2012, p. 329).

⁵⁹Ainda na década de 1970 a ditadura militar mostra sinais de esgotamento tanto por questões políticas quanto econômicas. Essa configuração incide num aprofundamento das desigualdades sociais e em saúde. De forma que Ribeiro (1983) indica que em 1980 elaborações do próprio Ministério da saúde constatou que aproximadamente 40 milhões de brasileiros não possuíam acesso à intervenção médica e aos demais serviços de saúde.

⁶⁰Nesta análise, verificamos os desafios presentes na saúde, sejam eles ligados à questão do financiamento, como também com relação à privatização. No que tange essa última, essa lógica perpassava o próprio Ministério da Saúde, que em 1968 apresentou uma proposta, o Plano Nacional de Saúde (PNS) com o objetivo de privatizar o Sistema Nacional de Saúde (SCOREL, 2012).

Cabe considerar outra dimensão que se articula às alterações importantes que se processavam na saúde, ocorreu também no bojo da Ditadura Militar, que apresentava claros sinais de esgotamento, ao mesmo tempo, em que havia uma reorganização dos movimentos sociais,

O campo da saúde despontava na luta pela redemocratização e um novo ciclo na esquerda brasileira se iniciava, com o surgimento do novo sindicalismo, a partir, principalmente, das célebres greves do ABC paulista e da fundação do PT. A bandeira em favor da democracia unificava a luta para dentro e para fora do campo da saúde. A pujança do movimento dos trabalhadores fornecia o esteio sobre a qual os projetos e as demandas setoriais tomavam corpo, produzindo energia de luta suficiente para pôr sob alerta as classes dirigentes - já empenhadas na superação do modelo de dominação e acumulação que se esgotava com a ditadura (DANTAS, 2018, p. 148).

Ao mesmo tempo, neste cenário ditatorial são gestadas a origem e as propostas do movimento da Reforma Sanitária. Isso significa uma alteração de paradigma, de forma a construir um modelo histórico-estrutural para análise do processo saúde/doença, bem como desmantelar as práticas em saúde até instituídas, de caráter elitista e pautadas em práticas racistas que desconhecem a formação sócio-histórica brasileira e que colocam a Europa como o modelo a ser seguido.

Em âmbito internacional, se colocava o debate sobre a saúde e as ciências sociais, também fomentado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e o avanço da organização de programas de medicina comunitária em países da América Latina (ESCOREL, 2012). Esse processo coloca a necessidade de uma análise atenta aos aspectos que articulam a saúde e o movimento da sociedade, haja vista que esse novo debate da saúde se sustenta tanto no aspecto político quanto na determinação social do processo saúde/doença. De forma a criticar “a teoria de sistemas por compartilhar da visão positivista da sociedade composta por setores. Questionava a neutralidade do planejamento difundido pela OPAS, demonstrando que ele servia aos interesses dos poderosos” (ESCOREL, 2012, p. 332).

É neste bojo dos acontecimentos que se gesta a articulação do movimento sanitário, se contrapondo a lógica elitista, privatista e seletiva. Bravo (2009, p.2) frisa a luta dos movimentos sociais e dos trabalhadores da saúde para a efetivação da saúde como condição de cidadania, e mais, no sentido de expor as desigualdades sociais. “Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde”.

Moreira (2013) destaca que

(...) 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 de Movimento de Reforma Sanitária. O movimento foi decisivo na conquista pelo direito à saúde, formalizado na Constituição Federal de 1988 (MOREIRA, 2013, p. 55-56).

Arouca (1988) compreende a RSB a partir quatro dimensões da situação sanitária, que se articulam com o movimento mais geral da sociedade, são elas:

1a.) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc. 2a.) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde. 3a.) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária. 4a.) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988, p. 40).

Dessa forma, percebemos os distintos elementos que envolvem as reflexões da RSB e que muitas vezes, sinaliza para os debates em tela, principalmente da disputa de projetos para a saúde, bem como dos caminhos alinhados pela perspectiva crítica que apontam para a construção de uma nova sociabilidade, compreendendo que o modo de produção capitalista cria e recria as desigualdades sociais presentes no cotidiano dos sujeitos. Além disso, é necessário ainda salientar que, todo este debate, conforme já expressamos que envolve a RSB, a determinação social do processo saúde-doença e o surgimento da Saúde Coletiva tem como cenário a efervescência dos movimentos sociais e a contestação da ditadura militar.

Assim, tanto a reflexão da RSB quanto a discussão da determinação social do processo saúde-doença estão alicerçadas em debates que buscam romper com uma discussão

endogenista, isto é, restrita à saúde e que, por conseguinte, subestima os demais debates que possuem relação com o estar inserido nesta sociabilidade, como, por exemplo, considerar as relações de trabalho e as condições gerais de vida.

2.2.1 Nova concepção de saúde: a estruturação do Sistema Único de Saúde

Em consonância com o que enfatizamos ao longo deste trabalho, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um desdobramento do movimento sanitário, do combate à Ditadura Militar, nas décadas de 1970/1980, que se relaciona a um processo mais amplo, que exige mudanças estruturais na sociedade. Haja vista que, compreende as desigualdades que afetam a sociedade brasileira e colocam a saúde como condição de cidadania.

Neste sentido, ressaltamos que a implementação desse sistema é uma quebra de paradigma importante, no sentido de atender as necessidades da população, através da universalidade do acesso e da integralidade do cuidado, por exemplo. Assim, se configura como um importante movimento no que se refere a consolidação de uma outra concepção de saúde, pautada na determinação social do processo saúde/doença, no conceito ampliado de saúde, e no papel do Estado como financiador, planejador e executor de políticas sociais.

Dessa forma, em virtude do caráter excludente e desigual da sociedade brasileira, que reverbera na saúde, a constituição do SUS é fundamental, de forma a entender o passado, o presente e o futuro do Sistema Único de Saúde e na compreensão de Paim (2009, p. 25) significa que “este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças de retrocessos”.

Ao dizermos que se processo se configura como alteração de paradigma para o debate da saúde brasileira, implica em analisar que

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem de poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos de caridade (filantropia). Com base na concepção de *seguridade social*, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, p. 43).

Portanto, o SUS altera o acesso da população à saúde e é resultado de uma intensa luta dos movimentos sociais que antecede a promulgação da Lei 8080/1990. No que se refere a esta, ressaltamos dois artigos que trazem elementos importantes para o debate e configuração da saúde, de forma que sinalizam:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (...) Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de políticas de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Assim, a configuração deste sistema ocorre sob bases complexas, no sentido de articular os distintos elementos que compõem o processo saúde/doença. Na compreensão de Vasconcelos e Pasche (2006, p. 532), “o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e de reabilitação”.

Ao dizermos que a constituição do SUS foi fundamental para a mudança de paradigmas na saúde brasileira, significa uma lógica que se contrapõe à estratificação entre trabalhadores urbanos e rurais, e de pertencentes a determinados segmentos profissionais. Isso expressa, por conseguinte que

A incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e biológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, buscar superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Sem negar o peso e a importância das doenças na configuração de sistemas de saúde e na consequente oferta de ações, o entendimento ampliado sobre a produção da saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhes novas concepções e modos de operação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 532).

Conforme ressaltamos ao longo deste trabalho, o SUS enfrenta desafios para a sua operacionalização desde sua origem, e se associa a processos anteriores decorrentes da formação sócio-histórica brasileira. Isso ocorre por diversos elementos que se articulam, dentre

eles, o fato de que a saúde ao ser tratada como um direito de cidadania, coloca em xeque a sociabilidade capitalista, haja vista o complexo médico-industrial presente no setor da saúde - indústria farmacêutica, hospitais, laboratórios, consultórios, exames, enfim, uma gama extensa de insumos e procedimentos que a configuração de um sistema universal tensiona. Nesse sentido, temos desde sua gênese o financiamento aquém da necessidade de um sistema universal de saúde, que reverbera na questão dos recursos humanos, dos insumos, da infraestrutura, etc.

Sendo assim, se faz necessários estudos que busquem a essência do SUS, em compreender as potencialidades e os desafios que se fazem presentes diante desse complexo sistema universal. Um estudo de Paim (2009, p.72) indica que ainda persiste tanto na população brasileira quanto nos representantes políticos e até mesmo nos profissionais, um certo desconhecimento acerca do sistema, o que faz com que o autor (2009) destaque que “o SUS não é um mero meio de financiamento e de repasse de recursos federais para estados, municípios, hospitais, profissionais e serviços de saúde. Não é um sistema de serviços de saúde destinados apenas aos pobres e “indigentes””.

Nessa configuração complexa na qual o SUS se insere, é fundamental considerar como eixo norteador o fato de há distintos interesses, por um lado se destaca os aspectos referentes a universalidade do acesso e dos demais princípios que visam atender as necessidades da população colocadas como condição de cidadania, por outro lado, é duramente confrontado tendo em vista os interesses mercadológicos que tentam a todo tempo enfraquecer o sistema público de saúde e fazer sobrepor a lógica privada da saúde, que é completamente compatível com os interesses do capital.

Dessa forma, apesar de termos todas as conquistas na saúde, a partir dos anos 1990 passamos a ter uma série de entraves para que o Sistema Único de Saúde se concretizasse. Isso porque a partir desse período houve uma mudança na configuração do Estado brasileiro, pois, este passou a ser influenciado de maneira mais incisiva pela política neoliberal que trouxe inúmeros impactos desfavoráveis a consolidação das políticas sociais (BRAVO, 2009). De acordo com Bravo (2009, p.100) “o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas”.

Outro reflexo dessa influência neoliberal se refere à mercantilização da saúde e sua refilantropização, sendo desconstruída a proposta de uma Política Pública de Saúde (BRAVO, 2009), haja vista que “o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”

(BRAVO, 2009, p.2).

Esse processo desdobra-se na configuração da política de saúde na década de 1990 em nosso país, onde há pelo menos dois projetos em disputa: o projeto Reforma Sanitária e projeto privatista. O primeiro foi tendo seus princípios colocados em segundo plano, uma vez que a lógica do mercado se tornou mais hegemônica na sociedade, o que implica em serviços públicos cada vez mais focalizados. Com isso, fica evidente a grande discrepância existente entre o SUS constitucional e o SUS real e um claro compromisso por parte do Estado com o grande capital (BRAVO, 2009).

Vale ressaltar que, após esse contexto desfavorável para as políticas sociais, Bravo (2009) destaca que, com a eleição de Lula em 2002, houve uma expectativa de que tivéssemos uma mudança para um viés que fortalecesse os princípios do Movimento de Reforma Sanitária, isto é, o privilegiamento da esfera pública, através do avanço da universalidade no acesso, na integralidade, bem como na participação social. Essa expectativa ocorreu em virtude de que o partido dos trabalhadores surgiu num contexto de efervescência dos movimentos sociais, de fortalecimento da esfera pública e do comprometimento com a coletividade.

Ao analisar a literatura da saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) percebemos para duas constatações fundamentais que se relacionam no cotidiano, a saber: a alteração que houve no partido, isto é, das ações na contemporaneidade, comparadas a sua gênese; deste desdobramento deriva a continuidade do processo de contrarreforma do Estado da era Fernando Henrique Cardoso (FHC) (BRAVO, 2009).

Neste sentido, de acordo com Behring (2004), no plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos, superávit primário; Desvinculação de Receitas da União (DRU); pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública. Assim, visualizamos um processo em que o Estado reitera o seu compromisso com o capital.

Nesta acepção, o que verificamos é a continuidade da ênfase na política econômica em detrimento da política social. No que tange à saúde visualizamos uma diminuição do espaço público e uma ampliação da esfera privada. Estas ações dão sequência aos ataques aos direitos sociais promulgados na Constituição de 1988 (BRAVO, 2009).

Diante deste cenário, Soares (2010) afirma que a partir do Governo Lula entra em cena mais um projeto para a área da saúde: “o SUS possível”, isto é, naquilo que é realizável avançar em termos de saúde. Este “novo” projeto estaria articulado ao modelo privatista. Isso porque nesta perspectiva reiteram-se as práticas que privilegiam o mercado e há uma desconstrução dos princípios progressistas defendidos na gênese do Movimento de Reforma Sanitária. Neste

sentido, Soares (2010, p.59) coloca que há “uma refuncionalização dos princípios originais do sistema”.

Ainda no que se refere ao controle social, Menezes (2014) destaca que a participação social ficou reduzida a estratégia de governabilidade, isto é, aos espaços institucionais. Neste sentido, percebemos uma combinação de elementos arcaicos e modernos tão presentes na formação sócio-histórica brasileira, utilizando dentre os mecanismos a cooptação de lideranças de movimentos progressistas da sociedade. Nesta acepção, temos uma ênfase da perspectiva reformista em detrimento de uma luta mais ampliada que visa à superação da lógica do capital.

Esta conjuntura exige estarmos ainda mais atentos, tendo em vista não tomarmos a aparência dos fenômenos, que transfere para o indivíduo exclusivamente a responsabilidade para com a sua saúde. De acordo com Silva e Mendes

A busca pela estabilidade macroeconômica foi tomada como justificativa para a focalização das funções estatais voltadas ao interesse público. A política econômica de estabilização tornou-se a principal política pública, e a ela passaram a se subordinar as políticas sociais. Neste processo, o Estado cumpre um papel estratégico na sustentação das reformas neoliberais (SILVA e MENDES, p. 52, 2013).

Silva e Mendes (2013) ainda refletem com relação ao financiamento da saúde brasileira. As autoras defendem a tese de que o precário financiamento do SUS é incompatível para um sistema universal, principalmente se levarmos em conta as dimensões continentais, as desigualdades sociais e os níveis de concentração de renda.

Todo este processo da luta de classes evidencia o quanto o modo de produção capitalista expropria a sociedade para alcançar os seus níveis de acumulação. Nesta conjuntura, há uma diminuição nos gastos públicos, um incentivo à privatização e mercantilização dos serviços, bem como uma desresponsabilização do Estado para com a sociedade. A adoção desta perspectiva interfere diretamente na configuração das políticas sociais, bem como no trabalho do (a) assistente social. De acordo com Yazbek (2001) a desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada e individual, impulsionadas por motivações solidárias e benemerentes.

Dentre os principais impactos para a política de saúde, identificamos o avanço da privatização da gestão e gerência dos serviços de saúde. Nas palavras de Júnior (2014)

Até 2002, nós tínhamos as organizações sociais e as OSCIPs vampirizando os serviços e os recursos públicos, em talvez cinco estados da federação. Hoje, estimulados pelo próprio ministério da saúde, as ditas organizações assaltaram todos os estados do país, aprofundando a precarização do trabalho, o assédio moral, o fisiologismo nas contratações e na gestão, a ineficiência no trabalho e a burla ao concurso público (JUNIOR, p. 21, 2014).

Este processo comprova o quanto o Estado se ausenta em gerir a política de saúde e passa esta atribuição a instituições que almejam o lucro. Nesta direção, há um fortalecimento da perspectiva medicalocêntrica - com ênfase na doença, em detrimento de uma proposta que estimule a atenção primária, de modo a desenvolver ações de prevenção e promoção a saúde. O estímulo dado pelo Estado vai à contramão desta perspectiva preventiva, haja vista a centralidade que a atenção terciária obtém neste contexto (BRAVO, 2009).

Diante deste cenário, instala-se uma racionalidade no SUS que fortalece e legitima os interesses da ideologia burguesa. Todo este processo acontece ao nível nacional, mas está intimamente ligado a uma dinâmica internacional, de diretrizes dos grandes organismos, tais como: Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI). Deste modo, estamos imersos em um capitalismo cada vez mais globalizado que legitima práticas que viabilizam o processo de acumulação em detrimento da possibilidade de acesso e qualidade do atendimento a grande maioria da população (BEHRING, 2009).

Silva e Mendes (2013) enfatizam que para se ter ações efetivas que visem atender os interesses e reais necessidades da população, alguns eixos seriam primordiais, a saber: o foco na atenção básica a efetiva conexão entre os três níveis de atenção, a remuneração adequada dos trabalhadores, bem com a efetivação de ações de educação permanente.

Assim, cabe destacar que embora existam hoje inúmeros desafios para que o SUS se efetive na sua totalidade, não podemos desconsiderar o papel que ele possui na atenção à saúde, em atender as demandas trazidas pela população. Neste sentido, consideramos essenciais os movimentos sociais e organizações que defendem um atendimento universal, integral e de qualidade aos usuários, de modo enfrentar o contexto adverso de ofensiva do capital. Isto é, embora estejamos num cenário com desafios, ainda há segmentos que lutam em defesa das políticas sociais (BRAVO, 2009b).

Na área da saúde, podemos citar como exemplo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que surgiu em 2010, como um movimento em defesa do SUS, ou seja, da garantia da saúde enquanto um direito. Dentre os eixos estruturantes deste movimento, temos a defesa de uma perspectiva que considera: a determinação social do processo saúde/doença, a gestão e o

financiamento, o modelo assistencial, política de valorização do trabalhador da saúde e a efetivação do controle social. Nesta direção, é de suma importância a participação e a organização da sociedade, tendo em vista defender os serviços públicos, sejam na saúde ou em qualquer outra esfera da vida social (MENEZES, BRAVO, 2014).

2.3 A pandemia da Covid-19 e a saúde no Brasil: novos desafios, velhos dilemas⁶¹

Os desafios do SUS, conforme destacamos, são de várias ordens, são inclusive anteriores a sua própria constituição, tendo em vista que a sociedade brasileira desde sua gênese é profundamente desigual. É claro que, essa conformação adquire proporções diferenciadas, como já sinalizamos, a depender de cada conjuntura histórica. Neste sentido, embora tenhamos tido alguns avanços na saúde através do SUS, essa é uma luta diária e constante, haja vista que o compromisso do Estado brasileiro em maior ou menor grau ocorre para manutenção desta sociabilidade.

É necessário também sublinharmos que, esta dissertação foi construída permeada por processos que envolvem a crise sanitária desencadeada pela pandemia da Covid-19. Neste sentido, entendemos como importante assinalar alguns elementos para análise do processo saúde/doença que a pandemia desencadeou assim como as particularidades da sociedade brasileira.

As adversidades sejam para a saúde pública ou para as demais esferas da vida social adquirem um significado especial a partir de 2018⁶², com a entrada de um novo projeto no Brasil. Entre outros aspectos, em nome do antipetismo, temos a eleição de Bolsonaro em 2018, que significa uma alteração importante nos rumos do país, tanto em virtude do discurso quanto da prática em consonância com a perspectiva da direita e com o conservadorismo. Matos (2021, p.28) refere, que, na verdade trata-se de um governo de extrema-direita, haja vista a “a crítica aos direitos humanos, à ancestralidade (indígena e africana) da população brasileira, à livre

⁶¹ Parte desse item constitui o artigo intitulado “Determinação social da saúde e Covid-19: fundamentos para o trabalho do assistente social na crise sanitária”, de autoria (LEAL, CASTRO, 2022), pela revista Emancipação, previsto para ser publicado em 2022.

⁶²Anteriormente, tivemos o golpe proferido a então presidenta Dilma Rousseff em 2016 e ascensão de seu vice, Michel Temer. Nesse período, temos um aprofundamento dos ataques a classe trabalhadora, no que tange terceirização, as contrarreformas da previdência e etc. É necessário salientar que em governos anteriores (Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff), mesmo que com algumas diferenças entre eles, a essência que tivemos foi a manutenção do compromisso com o grande capital, isto é, com as classes dominantes, mas com algumas diferenças a partir de Bolsonaro.

orientação e expressão de gênero e sexual, etc., enfim, uma crítica à diversidade humana no seu conjunto, explicitando um conteúdo neofascista⁶³”.

Matos (2021, p.28) esclarece que alguns estudos e análises indicam o governo Bolsonaro como “ideias e ações neofascistas, ainda que não haja, até o momento pelo menos, um regime fascista”.

Dentre essas análises, Matos (2021) fundamenta-se em Arcary (2019) que questiona: “Bolsonaro é ou não um neofascista?”. Para responder esse questionamento, Arcary elabora um roteiro de análise:

A origem social de seus líderes; o que fez ou trajetória; quem apoia ou qual a base social, e a dimensão eleitoral de sua audiência; o que defende: sua ideologia ou programa; qual o seu projeto político; que relação manteve com as instituições, com o Congresso ou com as Forças Armadas, portanto, sua posição diante do regime político democrático-liberal; que relação manteve, respectivamente com a classe dominante e com a classe trabalhadora; que tipo de partido ou movimento é o seu instrumento de luta; quais são as suas relações e apoios internacionais; de onde vem o dinheiro ou quais são as suas fontes de financiamento (MATOS, 2021, p. 29 *apud* ARCARY, 2019, p.103).

A reflexão dessas perguntas geradoras nos indica que, portanto, se trata de um governo neofascista⁶⁴. Matos (2021) indica que outros autores também chegaram a essa conclusão, como: Cislagi e Demier (2019).

As repercussões desse nefasto governo são para todas as esferas da vida social. Na saúde, em especial, podemos citar uma série de elementos, como: o aprofundamento do desfinanciamento do SUS, ainda que diante de uma pandemia; o ataque ao Programa Mais Médico, em especial, no que tange os médicos cubanos; e à deriva em se encontra o Ministério da Saúde (MS), com trocas constantes dos ministros, principalmente em virtude do anticientificismo propagado pelo presidente Bolsonaro, que gera uma instabilidade ainda maior

⁶³Matos (2021, p.29) ressalta que “a introdução do prefixo neo não visa relativizar ou dizer que se trata de um fascismo brando, mas sim precisar que não é o mesmo fascismo do século passado, mas que se reatualiza (donde a identificação de suas principais características é fundamental) num contexto de avanço do neoliberalismo. Na atualidade, a propositura de um projeto fascista se dá num contexto ultraneoliberal (que, naturalmente, se alimenta e aprofunda o neoliberalismo)”.

⁶⁴ E quais os desdobramentos disso para a sociedade brasileira? Matos (2021, p.29) acentua que “o fascismo tem um componente racista. No Brasil, remetemos o racismo à discriminação vivida pela população negra. Tal discriminação é inegável, visto diversos dados das condições de vida e trabalho de negros e negras no nosso país. Mas o racismo fascista é mais que isso. Ao eleger um único padrão normativo (o homem branco europeu, heterossexual, de determinada religião), o nazismo, a versão mais extremada do fascismo, exclui amplos segmentos. No passado, foram judeus, judias, negros/as, ciganos/as, eslavos/as, loucos/as, mulheres, velhos/as, gays, lésbicas etc.

no país (MATOS, 2021). Além disso, temos ataques a política de saúde mental, com retorno a práticas deploráveis (isolamento, eletroconvulsoterapia, etc.) e que a pouco tempo haviam sido superadas, através elementos colocados pela reforma psiquiátrica brasileira.

Acerca do desfinanciamento, associado ao negacionismo e ao ataque à ciência, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o financiamento da saúde é incompatível para um enfrentamento adequado da pandemia.

O orçamento da saúde, proposto pelo governo e aprovado pelo parlamento com valores equivalentes ao do piso federal do SUS do ano de 2017 (atualizados pela inflação do período). Isto significa a retirada de cerca de R\$60 bilhões em comparação ao valor do orçamento de 2020, acrescido dos créditos extraordinários para suprir necessidades da Covid-19 (CNS, 2021, p.1).

A síntese da reflexão do governo Bolsonaro é de que nem todas as vidas importam, o que além de pactuar com neofascismo, se coaduna também como o higienismo e com a eugenia. “Essas barbaridades que expressam a naturalidade da morte (do qual o próprio presidente já disse que não atingirá a todos/as), ou mesmo a limpeza necessária que a pandemia pode fazer⁶⁵. Isso é o neofascismo (MATOS, 2021, p.33).

Castilho e Lemos (2021) corroboram com esta análise acerca do governo Bolsonaro e acrescentam que:

A necropolítica de Bolsonaro utiliza o Estado para subjugar qualquer possibilidade de vida ao poder da morte. Não se trata de ações desconexas, eventuais, pontuais ou excepcionais, trata-se, sim, de ações políticas que se transformam em regra e não em exceção, que define quem importa e quem não têm importância, quem é essencial e quem é descartável (CASTILHO; LEMOS, 2021, p. 271).

No que se refere a pandemia da covid-19, em especial, em dezembro de 2019 o vírus foi identificado na província de Wuhan, na China e em março de 2020 foi pronunciada a

⁶⁵Outro exemplo é o escândalo envolvendo a PreventSenior, e uso de medicamentos sem eficácia comprovada em diversos pacientes. A referida empresa é responsável “de acordo com investigações da CPI da Covid, por compelir a prescrição da aplicação de um “tratamento” à pacientes com diagnóstico de covid-19 a base de remédios como azitromicina e hidroxicloroquina – popularmente conhecido como “kit covid”, a fim de evitar um tratamento eficiente contra doença, tendo em vista corroborar com a agenda do governo Bolsonaro para beneficiar a indústria farmacêutica com a venda dos medicamentos em questão. (BRASIL DE FATO, 2021, s/p).

situação pandêmica, que inclui número de países contaminados (espraiamento da doença), o número de casos e de óbitos. Na ocasião em que a pandemia foi decretada, a OMS esclarece que esta é a primeira causada por um coronavírus, e que este termo não “é uma palavra que possa ser usada de forma leviana ou descuidada. É uma palavra que, se mal utilizada, pode causar medo irracional ou aceitação injustificada de que a luta acabou, levando a sofrimento e morte desnecessários” (OMS, 2020, s/p). Dentre as preocupações mundiais, destaca-se a capacidade dos sistemas de saúde em suportar um aumento expressivo de atendimentos, tanto em enfermarias quanto em Unidades de Terapia Intensiva.

Em 19 de dezembro de 2021 os casos confirmados no Brasil são 22.212.343 e óbitos 617.754 (BRASIL, 2021). A média móvel dos casos e dos óbitos atingiu em meses anteriores recordes nos dados diários em patamares acima de 100.000.00 e 2.000, respectivamente. Números estes mais controlados atualmente, em virtude do avanço na vacinação no país. Cabe ressaltar que essa evolução da vacinação foi colocada pela ciência, pelos profissionais de saúde e pelas instituições brasileiras de ensino e pesquisa, na contramão do discurso anti-vacina proferido por Bolsonaro. Além disso, cotidianamente as instituições e seus servidores têm sido ameaçados por contrariarem a fala do presidente. Somado a isso ainda temos, os constantes ataques de hackers ao sistema do Ministério da Saúde, do aplicativo ConecteSUS⁶⁶ e entre outros. Os estudos indicam alguns desafios para a situação sanitária brasileira, que são agudizados pelas históricas desigualdades sociais, que se somam a este governo neofascista.

Neste sentido, ao analisarmos as ações do governo federal brasileiro atualmente, verificamos que estamos diante de uma barbaridade social oriunda das ações do governo Bolsonaro que são intensificadas pela pandemia da Covid-19. Portanto, uma conjuntura marcada pelo negacionismo, pela anti-ciência, pela própria redução do conceito de saúde. Este cenário reacende para o campo do pensamento crítico da área da saúde uma fundamentação essencial para entendermos os processos que envolvem a crise sanitária: a determinação social da saúde.

Considerarmos que este debate da saúde individual e coletiva trazida pela perspectiva da determinação social do processo saúde/doença tem uma relação importante com a presente crise sanitária e, ao recorrer a esses fundamentos, se coloca como exigência aos profissionais de saúde e a todos aqueles se refletem sobre a saúde.

O contexto atual nos exige resgatar a fundamentação dos processos em curso na sociedade, que se correlaciona ao desenvolvimento do modo de produção capitalista, às classes

⁶⁶ Aplicativo esse que emite o Certificado Nacional de Vacinação da Covid-19.

sociais e ao Estado, por exemplo. Portanto, exige ir além da aparência, de forma a compreender que a pandemia da covid-19 agudiza processos anteriores em curso em âmbito mundial, com ênfase na crise do capital.

Dessa forma, um ponto fundamental é compreender que a chamada “crise na saúde”, está relacionada diretamente com o processo mais geral de crise do capital e a sua reestruturação que vem ocorrendo desde os anos 1970 - que culminou em uma reconfiguração do Estado e na entrada maciça do neoliberalismo como estratégia a ser seguida para frear a crise econômica. No Brasil, esse processo é agravado nos últimos anos com um governo ultraneoliberal que efetiva a desresponsabilização do Estado e desarticula as políticas sociais, especialmente, de trabalho, educação, saúde e previdência social.

Destacamos, assim, que o direcionamento ultraneoliberal, traz uma perspectiva de Estado que não enfatiza o seu compromisso público com a população do seu país e com a oferta de políticas públicas que atenda às necessidades sociais, fruto das desigualdades sociais. Isto será visto no Brasil, a partir de um plano de combate à pandemia que prioriza o campo econômico e parte de uma concepção de saúde baseada no modelo clínico e biológico, com o slogan “a economia não pode parar” e as “pessoas podem morrer”, é claro que isso não se aplica a todas as pessoas.

Ao dizermos que existe uma relação importante entre o debate da pandemia e com o arcabouço construído pela perspectiva da determinação social, ressaltamos que há uma articulação entre a objetividade e a subjetividade, entre a sociedade/forma de produzir e a individualidade. Deste modo, “reconhecer a dimensão social da saúde sem ignorar a importância de sua base biológica, de caráter insuprimível, assim como sua dimensão singular/individual, ainda que a predominância ontológica seja coletiva/social” (SOUZA, 2020, p.184).

Com a pandemia da Covid-19 resgatar a fundamentação da determinação social da saúde se coloca como urgente para desvendar a realidade e os impactos do processo saúde/doença na população. Trazendo essa fundamentação para analisar as desigualdades em saúde na sociedade brasileira, é necessário remeter a “formação social brasileira, desigualdades e expressões da “questão social””.

Dessa forma, refletimos que estes elementos do presente exposto pela pandemia se intensificam, na medida em que se articulam dialeticamente aos aspectos do passado, como a inserção brasileira dependente no modo produção capitalista, a fragilidade das classes sociais e do Estado (em termos de autonomia em relação à dinâmica internacional), o fato de termos sido

um país escravocrata e colonial, são elementos que culminam numa agudização das expressões da “questão social”. Santos (2012, p.133) relaciona estas a este passado, “muito embora redimensionadas por um contexto de inovações no *modus operandi* do capitalismo mundial”.

Ao relacionarmos a formação social brasileira, as desigualdades e o acirramento das expressões da “questão social” na atual conjuntura, verificamos aspectos estruturais que configuram elementos econômicos, políticos e sociais. Essa configuração obtém contornos dramáticos diante de um cenário pandêmico, em que grande parte da população brasileira está inserida em trabalhos precários, associado também à questão do desemprego. Dessa forma,

O mercado de trabalho no Brasil de hoje é composto por trabalhadores que, em alguns casos, laboram 14 horas ou mais por dia. São trabalhadores sem direitos sociais dos mais diversos aplicativos como Uber, Rappi, iFood, as empregadas domésticas, os ambulantes, ou seja, de 40% a 50% dos trabalhadores e trabalhadoras que vivem na informalidade ou em relações de trabalho (proteção social) fragilizadas (LARA, 2020, p.62).

Diante destas artimanhas que buscam escamotear os substratos estruturais que explicam a “questão social” associado aos aspectos ideológicos, é ainda mais necessário buscar os fundamentos das desigualdades sociais, isto é, compreender a aparência e a essência dos fenômenos em curso na sociedade.

De acordo com autores do campo do pensamento social crítico na área da saúde, como Donnangelo (1979) e Escorel (2006), quanto mais uma sociedade é justa e igualitária do ponto de vista econômico e social, maior a probabilidade de se obter níveis de saúde mais elevados. Isto quer dizer que, em países como o Brasil, marcado por uma formação sócio-histórica desigual em sua raiz, que trazem condições particulares para a produção e disseminação de doenças a partir da determinação de classe, raça/etnia, gênero e sexualidade⁶⁷. A Fiocruz (2021b) tem desenvolvido vários estudos e monitoramentos no sentido de analisar os impactos da pandemia nas “populações vulneráveis” demonstrando, por exemplo, a relação entre as desigualdades, pobreza e o avanço da fome nas favelas e a situação da população indígena e os determinantes para transmissão do coronavírus.

⁶⁷Os altos índices de desigualdades vistos no país, se agravam com a crise imposta pela pandemia e que acirram ainda mais as desigualdades do país, que podem ser vistos nos dados elevados de desemprego, aumento da fome e da população de rua, por exemplo. Esses processos são potencializados por um governo que desqualifica as políticas de combate à pandemia, como também inviabiliza as estratégias de proteção social efetivas.

Estes e outros indicadores demonstram o quanto as desigualdades operam na sociedade brasileira e se associam a outros processos de expropriação que são próprios da sociedade sob égide do capital. Neste sentido, a formação social brasileira se articula com a agudização das expressões da “questão social” que diante de uma pandemia evidencia ainda mais as nossas históricas desigualdades sociais. E que não causa no governo federal nenhuma ou poucas ações, de forma que o posicionamento é de invisibilizar as referidas desigualdades, sob mantra do “Pátria Amada Brasil”, um dito nacionalismo que não visualiza o sofrimento da maioria da população brasileira e quando pouco se percebe algo atribui a esfera individual.

Assim, é fundamental fazermos as reflexões que associam a realidade micro e macrossocial, passado e presente, de forma dialética. Quando se separa a análise da “questão social” de seu substrato estrutural, Yamamoto (2001) refere-se que é possível cair em uma dupla armadilha:

Corre-se o risco de cair na pulverização e fragmentação das questões sociais, atribuindo unilateralmente aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades. Deriva na ótica de análise dos “problemas sociais”, com problemas do indivíduo isolado, perdendo-se a dimensão coletiva e isentando a sociedade de classes da responsabilidade na produção das desigualdades sociais. Por uma artimanha ideológica, elimina-se no nível da análise, a dimensão coletiva da questão social, reduzindo a uma dificuldade do indivíduo (...) Outra armadilha é aprisionar a análise em um discurso genérico, que redundando em uma visão unívoca e indiferenciada da questão social, prisioneira das análises estruturais e segmentadas da dinâmica conjuntural e da vida dos sujeitos sociais” (IAMAMOTO, 2001, p.18).

Estes aspectos da formação social brasileira também se associam com a crise sanitária da Covid-19, de forma que expõe as históricas dificuldades de acesso da população das camadas mais empobrecidas aos serviços de saúde, sobretudo, a assistência hospitalar, as questões referentes ao mundo do trabalho (tanto dos vínculos precários quanto da informalidade), do transporte público, das condições de habitação, em suma, de uma gama de aspectos que compõem a realidade da maioria da população brasileira e que obtêm configurações ainda mais críticas diante de uma pandemia em concomitância com a uma crise econômica, política e social.

Conforme destacamos, a preocupação central do governo Bolsonaro é proteger a economia. E essa proteção traz elementos fundamentais de análise, tanto no que se refere a determinação social e a pandemia, como também em relação à sociedade sob égide do capital. Dentre os elementos fundamentais para esta análise, salientamos: a natureza expansiva do

capitalismo, a busca incessante pelo lucro e as crises. Acerca dessas últimas, Netto e Braz (2012, p.170) indicam que “a crise é *constitutiva* do capitalismo: não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise”. Estes aspectos fazem parte da dinâmica contraditória deste modo de produção. Todavia, isso não significa que os impactos sejam igualmente distribuídos, ou seja, as classes trabalhadoras “*sempre pagam o preço mais alto*” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 176).

Cabe também ponderarmos o papel do Estado nessa circunstância, dado que este, “na realidade é motor essencial para essa reprodução” (MENDES; CARNUT, 2018 p.1109). Todos esses componentes, inclusive, adquirem significados fundamentais para assimilarmos processos tais como as contrarreformas e suas implicações, por exemplo, para a saúde; a luta de classes e empenho para diminuir a queda da taxa de lucro.

Lara (2020) destaca o editorial autônomo produzido pelo coletivo Chuang (2020) que indica a relação entre economia, capitalismo e a pandemia, ao ressaltar aspectos como: a forma de produção de alimentos e o uso intensivo de agrotóxico; a questão climática global; e as condições de vida e saúde das populações em âmbito mundial que favorece a propagação de doenças.

O autor (2020, p.59) ressalta que estes elementos não podem ser considerados separadamente, uma vez que “correríamos o risco de sermos acusados de darwinismo social, mas o que estamos levando em consideração é uma reflexão que se torna prudente questionar as origens das doenças e como elas são produzidas, pois, sabemos que a natureza e a humanidade coexistem reciprocamente”.

Ao recapitular o começo da Covid-19, verificamos, inclusive, aspectos referentes ao grau de mundialização das relações capitalistas e a compressão espaço-tempo (HARVEY, 2008), haja vista que em poucas semanas a questão sanitária passa a ser mundial (SOARES et al, 2020), em virtude de vivermos “em um mundo altamente conectado (...) as redes humanas de difusão potencial são vastas e abertas” (DAVIS, 2020, p.16).

Diante desse quadro, evidenciamos o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) em responder a uma situação sanitária tão dramática quanto a trazida pela pandemia do coronavírus. No Brasil, a saúde é garantida pela Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) é disposta como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Fruto da perspectiva defendida pelo movimento sanitário, a saúde é disposta em sua relação direta com os determinantes e condicionantes que envolvem a alimentação, moradia, trabalho, saneamento básico, transporte, educação, renda, meio ambiente e o acesso a bens e serviços essenciais. Dentre os pilares de

sustentação desse sistema, temos a universalidade, que tem atendido a maioria da população brasileira seja na atenção primária, secundária ou terciária. Dessa forma, como sinaliza Silva e Ruiz (2020):

É necessário, como em poucas vezes na história nacional, defender intransigentemente o SUS como modelo a ser (sem prejuízo de seu aprimoramento) universalizado. Não é possível naturalizar, em pleno quadro de morte de milhares de pessoas, sistemas de saúde que diferenciam leitos públicos e privados, sustentados por quem tem acesso a caríssimos (e cada vez mais ineficientes) planos de saúde (SILVA E RUIZ, 2020, p.7).

Davis (2020) sinaliza que o modelo de acumulação de capital já sinalizava dificuldades, em virtude da apropriação privada da riqueza socialmente produzida, que faz com que os trabalhadores vivam cada vez mais em condições degradantes.

Esse processo se intensifica diante desse quadro da Covid-19 e se associa a fenômenos anteriores, tendo em vista que “este modelo neoliberal assenta cada vez mais no capital fictício e numa vasta expansão na oferta de dinheiro e na criação de dívida. Já enfrenta o problema da insuficiente demanda efetiva para realizar os valores que o capital é capaz de produzir” (DAVIS, 2020, p. 14).

Outro apontamento importante trazido por Davis (2020) que relaciona a Covid-19 ao modo de produção capitalista está em associar dialeticamente natureza, cultura, economia e cotidiano. Nas palavras do autor,

Tenho uma visão mais dialética e relacional da ligação metabólica com a natureza. O capital modifica as condições ambientais de sua própria reprodução, mas o faz em um contexto de consequências não intencionais (como as mudanças climáticas) e contra as forças evolutivas autônomas e independentes que estão se perpetuando remodelando as condições ambientais. Deste ponto de vista, não existe um verdadeiro desastre natural. Os vírus mudam o tempo todo. Mas as circunstâncias nas quais uma mutação se torna uma ameaça à vida dependem das relações humanas (DAVIS, 2020, p. 15).

Além disso, outra relação pode ser feita de como esse processo corrobora com o modo de produção capitalista, através da análise dos impactos da reestruturação produtiva para a saúde, bem como através dos estímulos concedidos à indústria farmacêutica e de outros insumos. Em especial, neste momento de pandemia, estudiosos, dentre eles, Davis (2020, p. 18), apontam que “a indústria farmacêutica têm pouco interesse na pesquisa sem fins lucrativos sobre doenças infecciosas (...) quanto mais doentes nós estamos, mais eles ganham”. Ademais,

é necessário ainda ressaltar o aumento exorbitante de preços de insumos e medicamentos diante dessa situação sanitária (OGLOBO, 2021b).

Dessa forma, Matos (2020, p.4) reitera que “um dos maiores enganos da atualidade é a crença de que um país possa viver sem um sistema público, estatal e universal de saúde. Há uma exigência urgente “de uma resposta estatal para o controle da Covid-19”.

Soares et al (2020, p. 266) destacam que, contudo, o Estado “brasileiro dá sinais paradoxos e contraditórios no enfrentamento à Covid-19, expressando, inclusive, uma política de indiferença e que ao não enfrentar adequadamente a pandemia, termina por ocasionar um maior número de mortes”. Consideramos que esta política de indiferença, na verdade, serve e está a serviço de um projeto, que é manutenção dessa sociabilidade e de suas taxas de lucro, ainda que isso custe a vida de muitos brasileiros e fundamenta a dicotomia entre saúde e economia.

O atual cenário de pandemia também elucida a relação entre os atendimentos às necessidades sociais da população e a importância das políticas sociais como resposta a tais necessidades. Todavia, enfatiza também o legado da austeridade pelo mundo, haja vista o conflito entre capital e trabalho nesta sociabilidade, isto é, entre os direitos sociais e as taxas de lucro.

Diante do aumento exponencial das desigualdades sociais, do neofascismo de Bolsonaro e dos duros ataques ao SUS. Fleury (2018, p. 16) aponta para a necessidade de retomar o debate sobre Reforma Sanitária de forma a “evitar o retrocesso democrático e repensarmos as formas de avanço desse projeto civilizatório, mesmo na dura conjuntura atual em que o capitalismo concentra cada vez mais renda e exclui cada vez mais maior número de jovens, mulheres e cidadãos periféricos”.

Além disso, a autora (2018, p. 19) revela que gradativamente, o debate acerca da RSB foi subestimado, haja vista que os “estudos cada vez mais aplicados, concentrando a produção teórica e a discussão política no processo de construção do SUS e nas dificuldades enfrentadas nesse percurso, embora tendo como parâmetro o distanciamento entre o SUS real e o SUS propugnado pela RSB”. Nesta acepção, por mais que a reflexão avance no que tange o distanciamento daquilo que foi proposto para a aquilo que foi implementado, acaba por restringir o debate unicamente ao SUS, e conforme salientamos ao longo deste trabalho, a RSB tem relação com a construção de um outro projeto de sociedade, isto é, para além do acesso à saúde.

Dessa forma, é cada vez mais urgente a retomada das discussões em torno da RSB e da determinação social da saúde, de forma a enfrentar os desafios colocados pela sociabilidade capitalista que tende a acirrar ainda mais as desigualdades sociais, haja vista que o que impera sobre esta sociabilidade é a busca pelo lucro e a expropriação de milhares de pessoas a nível mundial.

O capítulo III trata da diferenciação entre a determinação social do processo saúde/doença e a noção de determinantes sociais da saúde, como aspectos que vão além de uma simples terminologia, que na verdade, traz desdobramentos para a análise da sociedade como um todo. Neste sentido, realizamos uma análise crítica acerca dos determinantes sociais, na medida em que ficam apenas na aparência dos fenômenos sociais. E por fim, sinalizamos a relevância do debate trazido pela determinação social do processo saúde/doença para compreender a complexa e desigual sociedade brasileira.

CAPÍTULO III – PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E SUA RELAÇÃO COM A DETERMINAÇÃO SOCIAL: confrontos teóricos

Este capítulo irá fazer a distinção entre o debate da determinação social do processo saúde/doença e a noção de determinantes sociais da saúde. O primeiro faz uma mediação entre sociedade e a forma de produzir/reproduzir. Esse processo incide nas condições de vida e de saúde da classe trabalhadora. Remete as elaborações principalmente da década de 1970 e os substratos anteriores, como a Revolução Industrial. Portanto, uma reflexão que considera a sociabilidade sob a égide do capital. Já segundo, avança no sentido de trazer o conceito ampliado de saúde. Porém, a análise fica desvinculada da totalidade das relações sociais, portanto, uma discussão fatorializada. Será a perspectiva defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em especial, a partir dos anos 2000.

Num segundo momento faremos uma análise crítica da noção dos determinantes sociais, na medida em que, este não atinge a base de sustentação das desigualdades sociais. Por fim, sinalizamos o quanto a determinação social do processo saúde/doença possui validade para compreender a realidade de saúde e condições de vida da população brasileira. Ressaltamos ainda que este capítulo foi montado a partir da pesquisa bibliográfica com análise de conteúdo de artigos da base de dados *Scielo* e outras fontes, como referências bibliográficas das disciplinas do mestrado que dialogam com o objeto

3.1. A determinação social do processo saúde/doença e os determinantes sociais: distintos conceitos e perspectivas

Tendo por base os elementos apontados acerca da determinação social, trazemos neste item um diálogo aproximativo com os determinantes sociais. Essa interlocução tem como fundamento os processos históricos em curso e sua relação com a dinâmica social. O debate saúde/doença e sociedade é uma relação que ocorre desde os primórdios da vida social. Todavia, adquire uma maior sustentação a partir dos anos de 1970 e obtém novos contornos no século XXI.

Neste sentido, a partir dos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vai trazer a preocupação da relação entre o social e a saúde. A justificativa desse interesse está sustentada a partir da crise do capital nos anos 1970 e do avanço nos anos 1990 do neoliberalismo. Essa

configuração ao nível mundial irá impactar a vida da classe trabalhadora incidindo no seu processo de adoecer e no aumento exponencial das desigualdades sociais.

É diante desse quadro que a OMS vai se colocar em cena para liderar o debate sobre saúde/doença. No entanto, o arcabouço utilizado se distancia da noção de determinação social⁶⁸ e tenta escamotear as reflexões que apontem para a análise estrutural da sociedade, para a perspectiva de totalidade.

É neste contexto de intensificação das repercussões da crise e de uma piora acentuada nas condições de vida da população de forma geral que se desenvolve a perspectiva dos determinantes sociais da saúde⁶⁹. Neste quadro, a estratégia do capital para sair da crise foi a construção do projeto neoliberal. A partir dessa configuração, teremos um avanço da perspectiva fatorial, cuja preocupação central será com o desenvolvimento econômico em detrimento dos direitos sociais⁷⁰.

Almeida Filho (2009, p. 368) evidencia que esta condição colocada a partir dos determinantes sociais pode “deixar-nos desatentos e desarmados frente à possibilidade de se despolitizar a questão da saúde mediante a mera constatação distanciada da existência, quase naturalizada, de disparidades na ocorrência de doenças e de eventos relativos à saúde”. Portanto, um processo que corrobora com a naturalização das expressões da “questão social”, como se o processo de adoecer fosse meramente individual e não tivesse relação com a dinâmica social.

Neste processo, Borghi e Oliveira e Sevalho (2018, p. 875) baseados em Laurell (2011) apontam que a autora refere ser fundamental “a incorporação de uma vigilância epistemológica na atualidade, uma vez que as categorias originalmente trazidas pela medicina social latino-americana, ao serem integradas ao discurso hegemônico, alteram seu significado”. Portanto, tratar conceitos distintos como sinônimos têm consequências tanto em termos conceituais quanto operacionais no cotidiano dos sujeitos, haja vista que há implicações ideológicas que buscam camuflar ou naturalizar as desigualdades presentes na realidade social.

⁶⁸De forma que não percebe, ou melhor, não expressa a inconciliabilidade do modo de produção capitalista com modos de vida saudáveis (BREILH, 2013). Assim, se contenta com alguns mínimos avanços, via políticas sociais, num sistema cuja lógica de estruturação é intrinsecamente desigual (BREILH, 2011).

⁶⁹ Neste processo, são colocados alguns elementos aparentemente inovadores via determinantes sociais, mas que na realidade, conforme Nogueira (2009, p. 405) indica “essa nova epidemiologia, que é apenas pseudossocial, arroga a si o direito de falar do social sem compreendê-lo como tal, sem ser capaz de adotar a este respeito qualquer abordagem teórica razoável e, muito menos, uma teoria crítica da realidade”.

⁷⁰ Em termos de Brasil, no que tange o neoliberalismo, destacamos as ações ocorridas já no governo Collor, e que foram mais bem estruturadas posteriormente, no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e tiveram sequência nos demais governos.

Nesta acepção, destacamos os elementos que podem contribuir para identificar as diferenças entre as bases de fundamentação das discussões dessas categorias.

Na revisão bibliográfica realizada, é possível perceber que **há um destaque na discussão dos determinantes no que tange à vulnerabilidade social e não das desigualdades sociais**. Esta compreensão não é meramente terminológica, tem a ver com a concepção teórica em que se analisa a realidade social. Além disso, conforme Paim (1997) é primordial estarmos atento para não sobrepor elementos do referencial teórico marxista a construção da epidemiologia tradicional, isto é, utilizar a categoria classe social, mas ao desenvolver o trabalho se assentar numa concepção conservadora, causal e desconectada da dinâmica da realidade social.

Podemos ver essa relação, no texto de Lopes e Rangel (2014, p. 818) nomeado *Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular* que apresenta alguns aspectos com relação a esta doença, bem como a situação de maior incidência nas classes trabalhadoras, “devido à presença de condições socioeconômicas desfavoráveis, e, portanto, condições precárias de vida e de saúde, o que facilita a contaminação e a propagação do bacilo causador dessa enfermidade”.

Outro elemento é a **restrição do debate da saúde à conformação da política social**. Este e outros trabalhos analisados apontam que “o desafio de incrementos na articulação de políticas públicas, visando o combate à pobreza” (LOPES; RANGEL, 2014, p. 828). Neste sentido, muitas produções apontam para a questão das políticas sociais e das ações intersectoriais que são importantes, mas insuficientes para uma análise que busque os fundamentos das desigualdades sociais e que tenha, inclusive, a compreensão do porque os usuários não são atendidos na integralidade de suas necessidades.

Sublinhamos que a base para que as políticas sociais sejam insuficientes e fragmentadas estão na própria natureza desta sociabilidade, tendo em vista que estas também se inserem nas ações de perpetuação da sociedade sob égide do capital, isto é, não significa a supressão do MPC. Porém, estas políticas também interferem diretamente no processo de acumulação, por isso, o capital imprime a elas tanto a fragmentação quanto a focalização. Portanto, há uma disputa incontestável entre as taxas de lucro (que é o objetivo central do capital) e a manutenção daqueles que vivem do trabalho. Esta reflexão não aparece de forma explícita na maioria dos trabalhos analisados e isso se coloca com um desafio importante, haja vista que se percebe a aparência do fenômeno, mas não se alcança a sua essência, isto é, o porquê as políticas se configuram dessa forma.

Assim, ressaltamos os campos em disputa no que tange a compreensão do processo de saúde e doença, e a importância de uma análise criteriosa da realidade, na medida em que se constata que

Ao contrário dos esforços de investigação empreendidos pela epidemiologia social das décadas de 1970 e 1980, os estudos atuais de determinantes sociais se limitam a identificar correlações entre as variáveis sociais e eventos de morbimortalidade entre os diferentes grupos da população. Assim, o que está disfarçado por trás do rótulo de determinantes sociais e de combate às iniquidades em saúde é o triunfo esmagador da visão de mundo da epidemiologia tradicional (NOGUEIRA, 2010, p. 8).

Os determinantes sociais da saúde fazem a defesa de que fatores tais como: habitação, alimentação, transporte, etc interferem na relação saúde/doença. Por conseguinte, tivemos uma ampliação da compreensão de saúde para além da ausência de doenças, ou seja, um avanço com relação ao modelo unicausal e médico-hegemônico. Todavia, a noção dos determinantes sociais aposta numa discussão fatorial isolada da questão central que é à base da fundamentação geral da sociedade. Desse modo, a crítica aos fatores se materializa a partir do momento em que não se articula a realidade micro e macro. Assim, não se diferencia a aparência da essência. Portanto, não é porque se aponta questões referentes à condição de moradia, de trabalho entre outros, que se tem um estudo pelo prisma dos determinantes sociais. Isso acontece somente quando as mediações deste processo não são realizadas, isto é, quando se apresenta uma análise mecânica e determinista dos elementos relacionados ao processo saúde/doença.

Outro aspecto ressaltado trata do **atendimento do Estado às necessidades da população e o enfoque dado aos trabalhadores.**

Para elucidar tais questões, salientamos o estudo de Santos e Bertolozzi e Hino (2010) intitulado *Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente* em que as autoras (2010) apresentam uma pesquisa que refere que “a maioria dos profissionais de saúde entrevistados indicou o não atendimento às necessidades de saúde dos usuários. Ressaltaram ainda que, a satisfação das necessidades de saúde não depende unicamente da vontade dos profissionais, mas também de ações intersetoriais” (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010, p, 792).

Corroboramos em parte com esta reflexão de que o atendimento das necessidades dos usuários não depende somente dos profissionais e de que são importantes ações intersetoriais visando atender os usuários de forma integral e com qualidade. Entretanto, a análise vai além,

no sentido de desvendar os fundamentos que assentam tais desigualdades, que são frutos da sociabilidade do capital. Os desvelamentos desses elementos são fundamentais, tanto a nível macrossocial, quanto a nível microssocial, institucional, de correlação de forças e interesses, bem como de compreender o motivo pelo qual os usuários não são atendidos em suas necessidades de saúde.

A consideração desses elementos de articular os setores aparecem nas elaborações e em alguns, a análise acerca do papel do Estado em fornecer recursos para a satisfação das necessidades da população. Santos e Bertolozzi e Hino (2010, p.794) embasadas em Santos (2004), referem, por exemplo, “o Estado vem se mostrando cada vez mais ausente, embora elabore políticas públicas, não as executa, seguindo a tendência neoliberalista de instauração do Estado Mínimo”.

O estudo de Dowbor e Westphal (2013, p. 784) denominado de *Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo* apresenta aspectos com relação aos dificultadores e facilitadores para o trabalho com determinantes sociais no Programa Saúde da Família (PSF) e apontam para o primeiro aspecto: “condições socioeconômicas desfavoráveis, falta de recursos, falta de adesão da população e o desequilíbrio entre a baixa oferta e a alta demanda por serviços”. Com relação ao segundo destacaram: “a existência do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas equipes, mobilização da população local, empenho dos profissionais, parcerias e conhecimento do território”.

Estes aspectos tanto positivos quanto negativos fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde. Todavia, o debate permanece na imediatez, isto é, não avança, por exemplo, no porque há um desequilíbrio entre oferta e demanda. Nesta perspectiva, apresenta uma análise mais descritiva da realidade e não alcança a origem desses processos, tendo em vista a relação entre a dinâmica macro e microssocial.

Albuquerque e Silva (2014) ressaltam a importância de uma análise criteriosa no uso dos fatores determinantes como categoria explicativa da saúde, uma vez que há o risco de culpabilizar os sujeitos, numa análise meramente fatorialista, em virtude de deixar

Intocados os fundamentos do capitalismo, tais assertivas acabam por assumir um aspecto de pregação moralista. Ao se responsabilizar as próprias pessoas e grupos por suas condições de existência, dilaceradas pelas necessidades do capital, dissemina-se a falácia de que a mudança dependeria da boa vontade e do despertar do humanismo que repousa nas boas almas humanas (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 959).

Nesta acepção, Albuquerque e Silva (2014, p. 959) fundamentados na elaboração de Santos e Tajala e Ewerling (2012) salientam a carência em seu sentido ampliado, e que estas questões “(...) fazem mal à saúde e que a boa saúde depende de acesso a boas condições de moradia, alimentação, trabalho, renda e saneamento (...), mas insuficiente. (...). O desafio a ser enfrentado é compreender porque essas condições se impõem”. Portanto, a dificuldade é buscar os fundamentos das desigualdades sociais e não somente as suas expressões, haja vista que uma análise somente fatorial tem como um de seus pilares “tornar civilizadas as vítimas dos processos sociais desumanos”, mas sem chegar à origem deste processo (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 959).

Borde e Álvarez e Porto (2015, p. 842) enfatizam que há um aumento no enfoque dos aspectos sociais na sua relação com as iniquidades em saúde. Todavia, os autores ressaltam que este processo não provocou “uma superação às falácias da indefinição da natureza dos processos sociais envolvidos na determinação social dos processos saúde-doença”.

Os autores (2015, p.842) ressaltam, sobretudo, que “as intervenções para combater as iniquidades sociais em saúde são insuficientes e continuam predominando narrativas biologicistas e culturalistas nas abordagens dominantes no campo da saúde pública, e, mais especificamente da epidemiologia”. Assim, verificamos um processo em que a epidemiologia tradicional aparece com uma nova roupagem através de aspectos que aponte aparentemente para uma perspectiva ampliada via Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (NOGUEIRA, 2010), mas que ao se operacionalizar mantém os aspectos tradicionais de se indicar condições sociais e os eventos em saúde, numa relação causal e determinista, sem considerar os demais elementos presentes neste processo e a interação dialética entre eles.

Além disso, Borde e Álvarez e Porto (2015, p. 849) fundamentados no estudo de Solar e Irwin (2010) indicam que a concepção dos DSS condiz com uma lógica “liberal redistributiva da justiça social influenciada por John Rawls e Amartya Sen”. Dessa forma, é necessário salientar que o aspecto primordial nesta conjuntura, de acordo com Hernández-Álvarez (2011) está associado à necessidade de aprender que a perspectiva liberal da justiça compreende que os direitos sociais, e econômicos não são especificamente direitos, não obstante, se compatibilizam como bens e serviços correlacionados a possibilidade de pagamentos, portanto, numa lógica alicerçada no seguro social, em consonância com a perspectiva do mercado.

A análise crítica acerca da noção dos determinantes sociais da saúde, conforme salientamos corrobora com o debate da pós-modernidade, ainda que indiretamente. Nesta investigação, consideramos que apesar da raiz dos determinantes sociais da saúde está

relacionada a priori ao positivismo, as premissas pós-modernas vão negar a validade da perspectiva da determinação social do processo saúde/doença. Dessa forma, vão contribuir para que o debate da saúde se desenvolva pela via dos determinantes sociais em nome de um movimento que coloca a necessidade de se pensar a sociedade sob novas bases, isto é, de que em virtude da complexificação da sociedade, a perspectiva da determinação não atende a estas novas necessidades sociais. Neste cenário, os determinantes sociais são colocados como possibilidade. Em contraposição a este entendimento, a reflexão da determinação social se aproxima do marxismo, se apropria da discussão do mundo do trabalho e utiliza deste debate para fundamentar as desigualdades sociais em saúde, principalmente se considerarmos que os antecedentes da determinação social encontram vinculados às reflexões oriundas do século XIX, por exemplo, a partir das contribuições de Engels (2010). Algumas autoras como Zioni e Westphal (2007, p. 30) indicam “um contexto de transformação social na qual o trabalho e o mundo do trabalho perderam a centralidade empírica e explicativa. É nesse sentido que é importante destacar alguns pontos da teoria sociológica contemporânea e o problema da determinação social”.

Alguns estudos apontam que em virtude da sociedade ter passado por inúmeras transformações, nós estaríamos numa era pós-moderna, isto é, num momento em que a modernidade não responde às questões da sociedade contemporânea. Em decorrência desse processo teríamos uma dificuldade para se operacionalizar a compreensão da determinação social. É nesse contexto também, que temos um investimento na compreensão dos determinantes sociais, enquanto uma perspectiva mais adequada a acompanhar essas mudanças na sociedade.

A Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) em publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 2011 enfatiza a importância de que o conceito de determinantes sociais não seja vulgarizado ou simplificado, haja vista que através deste reducionismo conceitual há uma clara intenção atrelada a perspectiva de mercantilização da vida (CEBES, 2011).

Dadas tais considerações, compreendemos a necessidade de retomar o debate crítico da saúde, a partir da busca pela essência dos fenômenos sociais. Isso se coloca enquanto algo desafiador, na medida em que a sociabilidade do capital busca escamotear os fundamentos das desigualdades sociais, através da alienação, da reificação e do fetichismo (MARX, 2011). Esse processo legitima tanto a naturalização das expressões da “questão social” quanto uma análise aparente dos fenômenos em curso na sociedade.

3.1.1 Análise crítica acerca dos determinantes sociais da saúde

O debate sobre os determinantes sociais na saúde ganha destaque ao nível mundial a partir de 2005, no momento em que a Organização Mundial da Saúde⁷¹(OMS) implementou a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, adotada no Brasil no ano de 2006. Ressaltamos que esta discussão evidencia as diferentes perspectivas em disputas ao longo do processo histórico, isto é, as concepções com enfoque mais biologicista e as que consideram além do biológico, a inserção no processo produtivo e as relações sociais.

A análise crítica acerca dos determinantes sociais da saúde aponta para algumas inconsistências teóricas e de definições acerca do debate da saúde. Todavia, Buss e Pellegrini (2007, p.78) destacam que as inúmeras definições sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) compreende, “com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionados com sua situação de saúde”. Os autores (2007) acrescentam ainda que

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segunda a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.78).

Neste sentido, Buss e Pellegrini (2007) baseados em Almeida Filho (2002) indicam que verificamos um processo de crescimento de pesquisas acerca da relação entre a forma de organização e desenvolvimento da sociedade e o estado de saúde das populações. Porém, apesar de aparentemente trazer elementos referentes à realidade macro e micro, estas reflexões estão voltadas para aspectos relativos às iniquidades em saúde, compreendida como desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000 *apud* BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Buss e Pellegrini (2007) compreendem que há desafios para compreender o processo saúde/doença, na medida em que a noção de determinação não é uma mera vinculação direta

⁷¹ OMS foi fundada em 1948, sendo uma instituição especializada em saúde ligada à Organização das Nações Unidas (ONU). Para mais informações acesse o link: <http://www.who.int/portuguese/countries/bra/pt/>

de causa-efeito. Assim, faz-se necessário o conhecimento da fundamentação e das mediações desse processo, para não cair numa perspectiva determinista e simplista da realidade social.

Na análise dos determinantes sociais, os autores (2007) destacam dois modelos, a saber:

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (...). O modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Esse modelo enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.83-85).

Nesta conjuntura é importante destacarmos que a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil tem entre os seus objetivos: apoiar e articular pesquisas em torno dos DSS; contribuir para a implementação de políticas, planos, modelos, programas para a promoção da saúde; e mobilizar a sociedade civil e o governo para trabalhar com a perspectiva dos DSS (BRASIL, 2006).

Rocha e Davi (2015) fundamentados na elaboração de Buss e Pellegrini (2007) salientam que o modelo dos DSS utiliza diferentes níveis, que vão desde aspectos mais individuais até os macrodeterminantes, e que estes níveis se relacionam no cotidiano. Nesta acepção, o primeiro nível é associado aos aspectos individuais, de comportamentos e estilos de vida. O segundo nível refere-se às redes sociais e às comunidades. O terceiro nível diz respeito às condições de vida e de trabalho (BRASIL, 2006). O quarto nível compreende as condições econômicas, culturais e ambientais existentes na sociedade.

Neste sentido, os determinantes sociais consideram as relações entre as condições de vida dos sujeitos e a sua situação de saúde, ou seja, há fatores que vão influenciar a saúde dos sujeitos. A OMS (2010) expõe que:

A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre os 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 suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera (OMS, 2010, p.1).

Moreira (2013) analisa que a definição da OMS fica um pouco vaga em virtude de seu caráter abrangente, o que inviabiliza uma compreensão clara de seu significado. Além disso, as condições estruturais e de vida aparecem desassociadas. Ademais, o debate valoriza as condições de vida dos sujeitos na relação com as políticas sociais, sem refletir sobre modo de produção no qual estamos inseridos e os rebatimentos deste na situação de vida dos trabalhadores. A vida dos sujeitos está intrinsecamente relacionada às políticas sociais, sem a mediação com o modo de produção capitalista. “(...) 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).

Assim, percebemos que esta concepção considera que é possível realizar correções, no que tange às desigualdades, numa espécie de capitalismo “humanizado”, em uma análise imediata e superficial da realidade social, sem realizar as mediações com a dinâmica macrossocial. Dessa forma, compreende-se que há diferenças sociais e não desigualdades sociais. A gênese dessa perspectiva concentra-se nas políticas sociais subfinanciadas, desconsiderando o modo de produção capitalista, e a sua lógica de exploração do trabalho e busca incessante pelo lucro.

Moreira (2013) aponta questões importantes onde expressa que a

Abordagem dos determinantes também cita bastante a questão do desenvolvimento econômico com o 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 (MOREIRA, 2013, p.109).

Nesta conjuntura, é importante acentuarmos que o desenvolvimento da perspectiva neoliberal corrobora com o avanço da proposta dos determinantes sociais na saúde, isso porque se desloca o debate do MPC e também do papel do Estado. Neste processo, obtém ênfase a saúde como um bem privado, isto é, alicerçada na lógica mercadológica. Neste entendimento há um privilegiamento de se reconhecer aspectos sociais verificados sobre uma compreensão mais descritiva da saúde, ou seja, há fatores que vão influenciar na condição de saúde, mas sem a mediação com a estrutura social.

Comprendemos a exigência de uma reflexão minuciosa sobre a noção de determinantes sociais da saúde, de forma a evidenciar os distintos elementos de análise, bem como identificar

os processos em curso na sociedade. Ao fazer esta análise Borghi e Oliveira e Sevalho (2018) revelam que este cenário nos leva a compreender diferenças fundamentais, na medida em que:

Em primeiro lugar, percebe-se que a sua centralidade não recai sobre as coletividades, mas sim sobre os indivíduos, destacando como suas únicas características idade, sexo (e não gênero) e fatores hereditários, sem menção à raça/etnia ou à maneira como essas particularidades transcendem a individualidade na medida em que são significadas de acordo com as experiências sociais. Nota-se também que ‘estilo de vida dos indivíduos’ aparece como determinante, sem que haja uma explanação clara de como ele se concatena com as dimensões históricas e sociais. Uma última objeção diz respeito à ausência de nomeação da estrutura ou de classes sociais, mal substituídas por algo vago como ‘condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais’, ‘condições de vida e de trabalho’ e ‘redes sociais e comunitárias’ (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 885).

Neste sentido, Borghi e Oliveira e Sevalho (2018) fundamentam-se a partir do trabalho de López-Arellano e Escudero e Carmona (2008) em que estes compreendem que há perceptíveis intenções políticas na noção de determinantes sociais da saúde, na medida em que não se problematiza:

Que as desigualdades sociais e de saúde são o produto do capitalismo, isto é: existe um discurso que, transvestido de ‘politicamente correto’, não se abstém de defender a economia de mercado. Estabelece-se, desse modo, o arcabouço teórico, raramente explicitado, que ao servir de tapume diante das forças motrizes da organização e estrutura social sustenta intervenções pontuais, conservadoras e desarticuladas (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 885).

À vista disso, destacamos que aparentemente ao negligenciar a questão teórica, na verdade, se tem um processo almeja distanciar a reflexão da saúde cuja relação se associe a análise do MPC, do desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção. Ressaltamos que “a relação sujeito/objeto no processo de conhecimento teórico não é uma relação de externalidade” (NETTO, 2011, p.23), como se apresenta na noção de determinantes sociais.

Nesse contexto, tanto as premissas pós-modernas quanto à perspectiva neoliberal irão favorecer direta e indiretamente o avanço da noção de determinantes sociais da saúde. Sendo assim, Borghi e Oliveira e Sevalho (2018) evidenciam que

Se o tema é apreendido ao se refletir sobre sua concepção teórica, entendemos que a importância do debate se inscreve na agenda atual quando, no contexto mundial, avançam as propostas de gestão neoliberal, política e econômica. Interessa-nos enfatizar essa perspectiva da ordenação política ao referenciar a opinião de Harvey (2008) de que o neoliberalismo se tornou, mais do que um projeto econômico, um tipo de cultura que afeta o pensar e o modo de viver (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 870).

Sendo assim, é imprescindível estarmos atentos tanto à questão da concepção teórica presente nas diferentes perspectivas quanto ao movimento da realidade, haja vista a interação dialética presente no cotidiano. Neste ponto de vista, vários estudos, dentre eles (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 72; NOGUEIRA, 2009) destacam que a concepção dos DSS está associada à sociologia positivista de Émile Durkheim, por mais que tal concepção tenha como objetivo secundarizar a questão teórica e mais fazer com que aparentemente essa questão não apareça em suas elaborações. Diante dessa constatação na literatura, temos algumas implicações decorrentes deste processo, tais como: “exigir a neutralidade da ciência na análise dos fenômenos sociais, na medida em que colocou como fundamentalmente necessário o afastamento das pré-noções, crenças e preconceitos do pesquisador na observação dos fatos sociais”.

A relação entre o DSS e o positivismo possibilitou

Essa caracterização e delimitação do social tornou-o possível de ser isolado, fragmentado e classificado pela ciência. Possibilitou decompô-lo em tantos ‘fatores’, que ‘estratos’, ‘camadas’ quanto fossem necessários para que se estudassem e organizassem as relações de causalidade com fenômenos da vida, como o processo saúde-doença (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 72).

Pactuamos com a interpretação de Garbois e Sodr e e Dalbello-Araujo (2017, p.73) de que a perspectiva dos determinantes sociais evidencia a “reificação do social e a necessidade de caracterizá-lo como domínio específico e limitado da realidade, além de tratá-lo como algo externo ao sujeito coletivo/individual, algo estabelecido ‘a priori’: uma medida precisa, est tica, fixa”. Na compreensão de Durkheim como “(...) um objeto fixo, uma medida constante que está sempre   disposi o do observador e que não deixa impressões subjetivas” (DURKHEIM, 2007, p. 46).

Nesta acepção, por mais que os determinantes sociais avancem ao compreender a saúde em seu conceito ampliado, ou seja, para além da ausência de doença, o estabelece através de práticas inviáveis para se determinar a correlação histórica entre as dimensões da vida (BREILH, 2010).

Alguns autores como Villar, por exemplo, apontam que os determinantes sociais da saúde ressurgem a partir do reconhecimento dos impactos nefastos do modelo neoliberal que trazem impactos negativos para saúde da população ao compreendê-la por um viés ampliado (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Ao canalizar o debate pelos determinantes sociais em uma relação direta com as políticas sociais, podemos cair em uma dupla armadilha: atribuir às desigualdades as políticas sociais e culpabilizar os usuários por sua condição de saúde. Dessa forma, esta análise possibilita manter intocada a influência do MPC tanto na produção quanto na reprodução social, isto é, não se considera a sociabilidade do capital, o que se percebe é uma relação que diz respeito às expressões fenomênicas das desigualdades, isso é, a dificuldade de acesso por parte da população aos serviços, seja no âmbito da saúde, da educação, da habitação dentre outras necessidades sociais.

Um ponto modal da discussão dos determinantes sociais e da determinação social implica em apreender os fenômenos por um pelo campo teórico da exclusão ou da desigualdade, respectivamente. Estas diferenças estão relacionadas às concepções teóricas contrárias, onde se debate classe social e identidade. Zioni e Westphal (2007, p. 31) fundamentam sua elaboração a partir de Touraine (2005) e referem que “a noção de determinação social já teve um caráter libertador, mas, que na atualidade, seria um obstáculo à compreensão do ator social que busca construir a sua identidade”. Além disso, nesta concepção acentua-se que neste mundo atual dito (pós-moderno) é fundamental pensarmos a sociedade em termos culturais e não mais estruturais.

Nesta perspectiva, Ianni A (2008, p.35) baseia-se na análise de Berman (1986, p.17) de que “encontramo-nos hoje em meio a uma era moderna que perdeu contato com as raízes de sua própria modernidade”. A autora aponta para a pós-modernidade e revela que

Uma mudança que não foi apenas de contexto, de intensidade dos fatos e dos fenômenos, mas também de uma qualidade nova. A emergência de profundas mudanças sociais provocou a teoria social contemporânea a se ocupar, aos poucos, dos fenômenos, fatos e contextos sociais dessa segunda modernidade. Emergem conceitos como reflexivo, risco, líquido, mundialização, global, cosmopolítico etc. Agora os problemas já não são mais a afirmação de objetos

disciplinares de natureza ou da cultura, do biológico ou do social (e nem poderiam mais sê-lo) (IANNI A, 2008, p. 35).

Portanto, Ianni A (2008) refuta os conhecimentos oriundos da afirmação dos objetos disciplinares da modernidade e refere que estes não poderiam explicar a sociedade contemporânea. Por conseguinte, a autora (2008) contesta a perspectiva da determinação social, haja vista que atribui que esta não responde mais às questões presentes na sociedade e refere ao fato de estarmos em uma era pós-moderna em que outras questões se inserem para o debate.

Neste sentido, nesta conjuntura histórica também temos os que apontam que estamos diante de uma *crise de paradigma*, isto é, que nem o marxismo e nem positivismo são capazes enquanto teorias de explicar a realidade⁷². “O que exigiria a descoberta de um novo modo de olhar as relações interindividuais (...) discurso da necessidade “de “nova” teorização do social” (EVANGELISTA, 1992, p.12). É neste cenário que as teorias pós-modernas serão gestadas e também emergem críticas com relação à determinação social do processo saúde-doença.

Evangelista (1992) acrescenta ainda que este contexto “implicou na criação de novos espaços políticos, fora do plano institucional, que ensejarão *novas práticas sociais* e *novas representações simbólicas*, que as acompanham” (EVANGELISTA, 1992, p.17). Nestas circunstâncias se inserem o debate acerca da sociedade civil.

No bojo deste processo temos também o combate à noção de classe social

(...) Portanto, para se compreender algo sobre as categorias sociais - que substituem as antigas classes sociais no marxismo - e sua história social, deve-se dirigir às práticas sociais desses sujeitos coletivos e nelas procurar as suas novas “significações”, que estão contidas nas representações que esses sujeitos sociais fazem de si mesmos e daqueles outros com os quais estão em relação numa determinada sociedade (EVANGELISTA, 1992, p.20). (...) É aqui que o “discurso” ganha um novo estatuto teórico, com a eliminação de todas as referências a um centro, a um sujeito ou a uma origem (EVANGELISTA, 1992, p.21).

⁷²Estes críticos fazem esta análise principalmente no que tange o marxismo e referem que esta teoria teria sido conduzida “a formulações “racionalistas” e “deterministas” sobre o processo histórico-social” (EVANGELISTA, 1992, p.14). Evangelista (1992, p. 28) baseado nas produções de Thompson (1981) refere que este aponta que o processo histórico é entendido ora como um “acontecer inacabado e indeterminado” ora como um processo que “continua aberto e parcialmente determinado”. Neste sentido, analisa os movimentos, as transformações constantes na realidade. Além disso, condenam a teoria marxista das classes sociais, o proletariado enquanto sujeito revolucionário, entre outros elementos. Ver mais em: EVANGELISTA, 1992.

Nesta acepção, se perde a dimensão de totalidade⁷³ dos processos sociais e os conteúdos da razão moderna são frontalmente criticados, na medida em que esta nova era centrará suas ações na “valorização do fragmentário, do microscópio, do singular, do efêmero, do imaginário, dentre outros” (EVANGELISTA, 1992, p.24).

É fundamental ponderarmos que as principais críticas que os pós-modernos fazem à modernidade estão relacionadas à ideia de progresso, de racionalização. Os pós-modernistas vão relatar que a época anterior (modernidade) trouxe burocratização e consumismo. Por isso, anunciam que é necessária uma nova era. Essas críticas feitas à modernidade são importantes, todavia, não analisa a sintonia entre o período da modernidade e o projeto societário do capital. Nas palavras de Wood (1999) “(...) Uma das ironias do pós-modernismo é que, enquanto aceita o capitalismo - ou pelo menos a ele se rende -, rejeita o “projeto iluminista”, responsabilizando-o por crimes que seriam mais justamente creditados ao capitalismo” (WOOD, 1999, p.18).

Além disso, Evangelista (1992, p. 24) baseado em Zaidan Filho (1989) refere que “há uma rejeição pelas grandes sínteses intelectuais, pelo conhecimento das causas primárias, pela busca do sentido da história, que passa a ser dominada pela indeterminação e pela ação de sujeitos auto-constituintes do processo histórico”⁷⁴. Dessa forma, percebemos um processo em que a pós-modernidade se confronta diretamente com o materialismo histórico, que é um dos pilares que sustentam a perspectiva da determinação social.

Evangelista (1992) atribui à crescente complexificação do ser social ao próprio desenvolvimento da sociedade capitalista e refere que a nova onda irracionalista, ao desprezar a ontologia desenvolveu uma perspectiva em que a história não possui vínculos causais entre os acontecimentos, e o que temos é decorrente “de uma avalanche caótica de episódios, fatos sem conexão com os outros, aleatoriamente produzidos e ordenados no processo sócio-histórico. Por isso, não é possível a percepção de fenômenos *universais*, porque todos os fatos que constituem esse processo são *singulares*” (EVANGELISTA, 1992, p.35 -36).

Wood (1999) parte do entendimento que salienta a importância do materialismo histórico para a explicação dos fenômenos, na medida em que esclarece que

⁷³ A dimensão da totalidade é imprescindível para se fazer uma crítica ao modo de produção capitalista e fazer as demais mediações necessárias a este processo de análise.

⁷⁴ Além disso, Wood (1999, p. 15) ressalta que esse aspecto de não considerar o processo histórico, implica inclusive em qualquer possibilidade “de “escrever a história”. Não há processos estruturados acessíveis ao conhecimento humano (ou, temos que supor, à ação humana); há somente diferenças anárquicas, separadas e inexplicáveis”. Neste sentido, há um ataque à perspectiva de transformação da realidade.

(...) Não há, na verdade, melhor confirmação do materialismo histórico que a conexão entre a cultura pós-modernista e um capitalismo global fluido e consumista. Um enfoque materialista tampouco significa que tenhamos que desvalorizar (...) as dimensões culturais da experiência humana. Uma compreensão materialista é, em vez disso, um passo essencial para libertar a cultura do estrangulamento da transformação de tudo em mercadoria (WOOD, 1999, p.18).

Evangelista (1992) refere que na perspectiva pós-moderna “a política do cotidiano acontece nos interstícios das estruturas sociais e tem seus protagonistas permanentemente reconstruídos nos processos sociais” (EVANGELISTA, 1992, p.26). Haja vista a segmentação da realidade, que inviabiliza “qualquer possibilidade de síntese ou totalização” que compreenda o real (EVANGELISTA, 1992, p.31). Na medida em que impera a “relativização de todo conhecimento, permitindo uma multiplicidade inesgotável de interpretações, todas válidas” (EVANGELISTA, 1992, p.31).

Deste modo, esta concepção desconsidera a “essencialidade que a dominação de classe assume na sociedade do capital” (EVANGELISTA, 1992, p. 33). Sendo assim, as modificações almejadas nesta conjuntura são superficiais, de forma que não coloca em xeque a base que cria e se apropria para assentar os processos de desigualdade, tendo em vista que sob esta lógica, o que importa é a acumulação de capital. Além disso, falta também uma percepção tanto no que se refere ao capital quanto também ao papel do Estado em possibilitar e sustentar todo este processo.

Conforme enfatizamos a era do irracionalismo pós-moderno defende-se uma perspectiva em que não se tenha centro, sujeito ou origem, para a análise do real, o que dificulta o desencadeamento de processos universais, haja vista que se despreza a totalidade, a luta de classes e a história. Logo, contrapõe-se abertamente a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença. Nos termos de Wood (1999, p.14) “são impressionantemente insensíveis à história”. Esse terreno se torna propício para o desenvolvimento da noção dos determinantes sociais da saúde, haja vista que os fatores trazidos nesta reflexão, ainda que ampliados, não se contrapõem aos interesses do MPC. A autora (1999) assinala que mesmo diante “das crises estruturais do capital, desde o momento “áureo” do grande surto de prosperidade do pós-guerra, passaram sem eles as notassem, ou pelo menos não produziram uma impressão importante em suas teorias” (WOOD, 1999, p.15). Neste sentido, percebemos que há uma cisão entre teoria e realidade social.

Partimos do entendimento de que é relevante perceber a relação entre as teorias sociais e o movimento da realidade, de forma a apreender as mudanças ocorridas tanto pelo capital quanto pelo Estado - que é um agente importante, mas que conforme Birh (1998) o poder do capital, não se reduz ao aparelho do Estado, “se encontra difundido em toda a sociedade, sob a forma de uma monopolização da capacidade de impulsionar e orientar o movimento de transformação social, para subordiná-la a seus interesses” (BIRH, 1998, p. 158). Ressaltamos, portanto, que essas alterações não são aleatórias na realidade social, elas fazem parte de um projeto societário.

Desse modo, é indispensável à análise da realidade através da totalidade, Wood (1999) nos esclarece essa importância na medida em que destaca o fato de que

(...) vivemos hoje um momento histórico que, mais que qualquer outro, requer um projeto universalista. Trata-se de um momento histórico dominado pelo capitalismo, o sistema mais universal que o mundo já conheceu - tanto por ser global quanto por penetrar em todos os aspectos da vida social e do ambiente natural. Ao estudar o capitalismo, a insistência pós-modernista em que a realidade é fragmentária e, portanto, acessível apenas a “conhecimentos” fragmentários é desarrazoada e incapacitante. A realidade social do capitalismo é “totalizante” em formas e graus sem precedentes. Sua lógica de transformação de tudo em mercadoria, de acumulação, maximização de lucro e competição satura toda a ordem social. E entender esse sistema “totalizante” requer exatamente o tipo de “conhecimento totalizante” que o marxismo oferece e os pós-modernistas rejeitam (WOOD, 1999, p.19).

Conforme salientamos, a perspectiva pós-moderna está alicerçada na fragmentação da realidade social e isso se coloca enquanto um dos desafios para os sujeitos sociais, principalmente para aqueles que vivem do trabalho, tanto no plano organizativo quanto no que se refere à compreensão da realidade social. Neste cenário, Wood (1999, p.21) aponta que estamos diante “não é apenas um déficit de ação, ou a ausência dos meios e da organização necessários a luta (embora estes certamente existam de forma incipiente); não é apenas que não sabemos como *agir* contra o capitalismo; estamos esquecendo mesmo como *pensar* contra ele”. Essa conjuntura traz implicações negativas, no sentido de uma naturalização da barbárie social, como se essa fosse a única forma de viver e o único caminho possível.

Esta fragmentação colocada pela concepção pós-moderna é funcional ao capital, de forma que pulveriza as lutas sociais e desfocaliza a análise referente ao MPC, bem como a análise dos sujeitos acerca dessa dinâmica societária. Por isso, irá confrontar a perspectiva da

determinação social, haja vista que esta análise evidencia a luta de classes e as desigualdades sociais.

Wood (2003) indica que uma das preocupações centrais com relação às perspectivas teóricas pós-modernas não se deve ao fato de violarem a centralidade da categoria classe, e sim que ao privilegiar as ““identidades” sociais são incapazes de enfrentar criticamente o capitalismo. Como forma social específica, o capitalismo simplesmente desaparece diante de nossos olhos, enterrado sob um monte de fragmentos e de “diferenças”” (WOOD, 2003, p. 223).

Corroboramos com a percepção de Wood (2003, p.224) acerca do capitalismo em que este “é construído pela exploração de classe, mas é mais que um mero sistema de opressão de classe. É um processo totalizador cruel que dá forma à nossa vida em todos os aspectos inimagináveis, e em toda parte, não apenas na relativa opulência do Norte capitalista”. Essa se torna uma das diferenças centrais no que tange a diferenciação entre a perspectiva crítica (marxista) e a pós-moderna.

Assim sendo, é imprescindível examinarmos a crítica marxiana e marxista ao MPC em que Mattos (2009) demonstra fundamentado nas elaborações Bensaid, em que este esclarece que Marx ao basear em uma perspectiva de análise de totalidade, “jamais poderia restringir o estudo da classe à simples oposição entre capital e trabalho na produção, e a característica determinante da relação de classes passa a ser compreendida na dimensão ampliada da lógica do capitalismo” (MATTOS, 2009, p. 64). Ou seja, a análise marxiana das classes sociais no capitalismo não se circunscreve a uma questão econômica, ao compreender que o MPC é produção e reprodução social (MATTOS, 2009).

Assim como Wood (1999), reflete a necessidade de pensarmos contra o capitalismo, Mattos (2009) refere à importância em distinguir que a “luta de classes hoje se coloca num patamar em que há uma crise grave a atingir a classe trabalhadora, uma crise que se objetiva nas suas formas de organização e de luta, mas também na subjetividade coletiva, ou seja, na sua consciência de classe” (MATTOS, 2009, p. 73). Esta crise, não invalida a luta de classes, pelo contrário, evidencia os mecanismos do capital para escamoteá-la. Nesta compreensão, são cada vez mais necessárias análises e ações que percebam o movimento do capital e também das classes trabalhadoras para que possamos refletir e agir frente à ofensiva do capital, que repercute em aprofundamentos das desigualdades sociais e de naturalização da barbárie social.

Ao perceber estas dinâmicas, cada vez mais a determinação social do processo saúde-doença se faz presente na realidade, ao ponderarmos, sobretudo, o cotidiano daqueles que vivem do trabalho. Aqueles que negam a validade da determinação social do processo saúde-doença

naturalmente negam também as desigualdades sociais inerentes ao MPC e mais não as consideram em suas análises, logo, há um distanciamento entre as teorias sociais e a realidade social. Se o MPC não é considerado, conseqüentemente se oculta à luta de classes, as relações sociais de produção e reprodução, a compreensão da sociedade por um viés de totalidade e a historicidade dos processos sociais.

Diante disso, ao tentar anular uma análise que evidencia a relação entre o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção, na verdade, se coloca enquanto uma estratégia de naturalização das desigualdades sociais e da própria perpetuação do MPC. Realmente é basilar apreendermos as mudanças pelas quais a sociedade vai passando no decorrer do processo histórico, mas isso não significa que seja necessário abandonar o marxismo, a perspectiva crítica e a determinação social do processo saúde-doença.

Neste entendimento, Netto (2019) refere que aqueles que pensam que em Marx vão encontrar respostas para o capitalismo no século XXI estão equivocados. Dado que o objeto está metamorfoseado, ou seja, a sociedade burguesa, como exemplo, temos a questão do imperialismo que Marx não presenciou. Todavia, as análises deste pensador buscam os fundamentos, as determinações da sociabilidade do capital. Logo, são imprescindíveis para o estudo deste objeto. Além disso, vários autores marxistas se debruçam a perceber estes constantes movimentos da realidade. Deste modo, dadas tais considerações, reafirmamos a validade da determinação social do processo saúde-doença e sinalizamos para as disputas presentes nas teorias sociais e que estas representam diferentes formas de atingir a realidade, e, sobretudo, os distintos projetos em disputa para a sociedade, seja pela perpetuação do MPC, seja para a construção de uma nova sociabilidade.

Partimos da reflexão de que discordar e fazer a crítica a uma perspectiva é diferente de dizer que esta não faz mais sentido na sociedade. Nesta compreensão, por exemplo, fazemos à crítica a perspectiva dos determinantes sociais, é completamente distinto de negá-lo, haja vista que neste movimento de análise percebemos os diversos elementos que compõem a totalidade social, sendo necessário fazermos as mediações deste processo e não simplesmente refutá-lo, ao compreender que este serve a um projeto de sociedade. É necessário, pois, desvendar a base que sustenta os processos em curso na sociedade, isso implica sair da aparência e buscar a essência dos fenômenos, tendo a premissa o fato de que os acontecimentos e proposições de perspectivas não são casuais.

As implicações cotidianas dos determinantes sociais estão alicerçadas em processos em que os sujeitos sociais são cada vez mais responsabilizados por suas condições de vida e de

saúde. Essa configuração passa pelas mediações entre teoria e prática. Dessa forma, não é um preciosismo semântico a relação entre determinantes e determinação, e sim o movimento em distinguir os processos em curso na sociedade.

3.2 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA: a relevância de seu arcabouço teórico para a análise da realidade de saúde da população brasileira

Partimos da compreensão de que o debate da determinação social do processo saúde/doença deve estar fundamentado no entendimento de que a consciência do cidadão tem relação com a “estrutura de classes e pela observância de que o processo saúde-doença é coletivo” (CASTRO, 2018, p.78). Neste sentido, há relação entre corpo biológico e as dimensões sociais, subjetivas etc. como parte constitutiva dos sujeitos sociais.

O debate da determinação social da saúde evidencia as origens das desigualdades que perpassam a sociedade, portanto, parte de um referencial teórico crítico, marxista⁷⁵. Neste processo, consideramos que “a análise das condições de saúde-doença de uma população pode ser realizada a partir de diferentes referenciais metodológicos” e teóricos (IDE; CHAVES, 1990, p. 163). Ou seja, há uma relação entre os estudos e o arcabouço teórico, de forma a buscar a origem dos processos na sociedade ou simplesmente naturalizá-lo ou tomá-lo como transitório.

Dentre os aspectos sinalizados na revisão bibliográfica, destacamos as mediações entre **a teoria e a análise da vida social**. Arreaza (2012, p.1010) parte do entendimento de Barata (1998) e refere que “a teoria para não se tornar reflexão idealizada do real necessita estar alicerçada na práxis, dela retirando seus problemas de investigação, nela construindo suas estratégias do saber agir, como para ela retornando os produtos de sua elaboração”⁷⁶.

Deste modo, é imprescindível a análise da conjuntura histórica em que os processos se desenvolvem para melhor compreender a relação dialética entre os elementos que compõem a

⁷⁵ Essa sinalização revela aspectos da relação entre o referencial teórico e as perspectivas que se constroem para explicar a realidade. E também se coloca como uma distinção entre a noção de determinação social e de determinantes sociais, considerando que a primeira expõe o arcabouço teórico e na segunda este arcabouço aparece de forma escusa.

⁷⁶ Cabe aqui fazermos um parêntese para melhor compreendermos a questão do método em Marx, haja vista que este debate coaduna com a discussão da determinação social do processo saúde-doença. Neste sentido, o método em Marx implica “uma determinada *posição (perspectiva)* do sujeito que pesquisa: aquela que põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações” (NETTO, 2011, p. 53). Nesse percurso parte-se da *aparência* (daquilo mais perceptível) e almeja-se atingir a *essência* do objeto (buscando a sua estrutura e dinâmica) (NETTO, 2011). Portanto, o método em Marx é fundamental para uma análise crítica da realidade.

totalidade social. Nesta perspectiva, no decorrer do processo histórico, há alterações inegáveis no conjunto de relações sociais. Por isso, a nosso ver, a teoria da unicausalidade é limitada, uma vez que “reconhece uma origem única e fundamental para a produção do efeito doença” perde a capacidade de trazer respostas aos fenômenos que surgiam nesta nova estrutura econômico-social (IDE; CHAVES, 1990, p.163).

Além disso, podemos destacar também que a partir do século XX começa a avançar uma concepção da teoria da multicausalidade⁷⁷ da doença, que “estaria apta a identificar um conjunto de fatores capazes de produzir alterações físicas passíveis de correção a partir de medidas coletivas de intervenção na cadeia causal” (IDE; CHAVES, 1990, p.164).

Ressaltamos que a sociedade vai passando por profundas transformações, no plano político, econômico, social que impactam no debate acerca do processo saúde/doença. Além disso, é fundamental considerarmos que a história não é linear, e está em constante movimento. Assim, podemos ora termos avanços, ora retrocessos nas reflexões sobre a saúde. As teorias unicausal e multicausal, ainda que apresente algumas alterações na análise sobre o processo de adoecimento, não reflete acerca das questões relacionadas ao mundo do trabalho, a estruturação da sociedade capitalista e do próprio papel do social na relação com a saúde. Estas reflexões são abordadas na perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, que remete às construções da Medicina Social no século XIX, ao passo que se mostra a relação entre o adoecimento dos trabalhadores e seus processos de trabalho.

Ide e Chaves (1990) fundamentadas em Laurell (1980) ao tratar especificamente o desenvolvimento histórico da disciplina de Epidemiologia, nos elucidam que

Partindo de uma concepção tradicional, tanto da doença como das suas causas, supõe-se que o social atue como qualquer outro fator. Apesar de superar o conceito médico-clínico inerente ao modelo unicausal, que entende a doença como um processo biológico desencadeado pela interação indivíduo-agente, a multicausalidade, enquanto conceito ecológico, também considera a doença como resultado de desequilíbrio na interação indivíduo e ambiente, ainda que conceitualmente ampliado (IDE; CHAVES, 1990, p.165).

⁷⁷ A teoria da multicausalidade consolidou-se a partir da segunda metade do século XX, na medida em que a sociedade se desenvolvia e se complexificava. Essa teoria sustenta que as doenças são motivadas por vários fatores que se relacionam. Esta perspectiva sinaliza um avanço com relação à teoria unicausal, de forma que indica a relação entre aspectos individuais, estilo de vida, sociedade e organização social, dentre outros. Todavia, estes aspectos aparecem como vários fatores causais visíveis e desconectados das essências dos fenômenos, isto é, avança-se na aparência, mas não chega-se aos fundamentos que sustentam esta sociabilidade.

É crucial que embora tenhamos alguns avanços na compreensão da saúde a partir de um conceito ampliado, é uma discussão ainda parcial por não fazer as demais mediações do processo, como, por exemplo, considerar as relações sociais de produção, haja vista que ao realizar o debate da saúde por viés ecológico implica em dar uma ênfase à capacidade subjetiva dos sujeitos sem que haja a mediação com a objetividade desta sociabilidade. Neste sentido, salientamos que este debate é fruto de campos teóricos distintos que estão em disputa para conhecer e explicar a realidade.

Outro elemento apontado na revisão bibliográfica se refere **à saúde e a organização social da produção**. É essencial refletirmos que o modo de produção capitalista é tanto produção quanto reprodução social. Netto (2011, p.57) adverte a necessidade de “descobrir as *relações* entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na diversidade e entre elas e a totalidade inclusiva que é a sociedade burguesa”. Nesta acepção, Laurell (1980, p.89) assinala que “parte-se da perspectiva de que as condições coletivas de saúde devem ser analisadas como resultado das características concretas do processo de trabalho e das consequências deste para a reprodução social”.

Diante deste contexto, temos uma mudança tanto na forma de visualizar a doença quanto de intervir sobre ela, em termos profissionais e de reconhecimento destes por parte do Estado, num processo “internamente relacionados às exigências colocadas pelas transformações econômicas, sociais e políticas do século XVIII: o desenvolvimento da industrialização, a constituição dos estados modernos com suas novas tarefas perante a sociedade” (MARSIGLIA; BARATA; SPINELLI, 2018, p.1005).

Apesar das mudanças com relação ao trato do social no decorrer do processo histórico é importante ainda considerarmos o papel do “social” em momentos de crise em que surge um debate com maior vigor nos diferentes campos do saber. Todavia, as autoras (2018) enfatizam que “fora dos momentos de crise, a tendência é reduzir a importância e principalmente a totalidade do “social” a simples fatores coadjuvantes no processo” (MARSIGLIA; BARATA; SPINELLI, 2018, p.1006). Portanto, é necessária uma análise criteriosa para não meramente reproduzir um discurso do social esvaziado das distintas mediações e complexificações da realidade social.

É elementar ressaltarmos, porém, que este reducionismo do social em momentos de crise não se aplica a todos os campos do saber e perspectivas teóricas. Haja vista que há autores (as) que analisam as crises por um viés de totalidade e não atribui aos sujeitos as responsabilidades pelas desigualdades sociais. Laurell (1980, p.90) refere que a crise “é importante não apenas

por seus efeitos diretos, mas também pelas mudanças, que causa na própria estrutura do capital”. Portanto, é importante analisarmos o social a partir de uma noção que considere a crise na relação com modo de produção capitalista, sendo a ele inerente e também, tendo em vista que estes processos impactam negativamente aqueles que vivem do trabalho, haja vista que há uma piora acentuada das condições de vida.

Neste campo, as **análises epidemiológicas** se colocaram como essenciais para dar materialidade a essas relações. Assim, as investigações epidemiológicas e de seus achados vão contribuir na perspectiva de elucidar a relação entre as características comuns ao conjunto de pessoas doentes e quais as distinções com relação ao conjunto de pessoas que não adoecem. Isso porque é necessário um amplo debate que busque **a fundamentação da realidade concreta da relação entre a saúde e a doença**. Portanto, nesta perspectiva, consideramos que as análises epidemiológicas podem contribuir para o entendimento do processo saúde/doença, desde que realize as mediações e tenha como o horizonte a totalidade das relações sociais. Ou seja, não pode ser uma análise mecânica e determinista, é necessário qualificar e não apenas classificar determinadas predisposições a alguma doença, por exemplo.

Esta compreensão se desenvolve a partir de uma perspectiva de totalidade que culminou no desenvolvimento da teoria da determinação social do processo saúde-doença e de uma mudança importante na Epidemiologia⁷⁸, haja vista que está nem sempre esteve vinculada a uma perspectiva coletiva. Rocha e Davi (2015, p.130) sustentada nas análises de Medeiros et al (2012) apontam que em verdade a gênese deste campo do saber foi aplicada “para buscar legitimidade no discurso clínico, na ótica de uma concepção biologicista que vigorou por muito tempo, levando a reflexão epidemiológica trilhar caminhos diferentes, sem fazer uma articulação com as ciências sociais”.

Neste sentido, Alves e Rabelo (1998) indicam aspectos fundamentais para refletirmos a situação sanitária brasileira e a influência da Epidemiologia nesse debate. Nesta perspectiva, ressaltam que

A proliferação de acadêmicos interessados na área das ciências sociais em saúde foi em grande parte resultado dos trabalhos produzidos nos cursos de pós-graduação desenvolvidos nos departamentos e institutos de Medicina Social ou Epidemiologia. Nessas instituições, a sociologia foi a principal disciplina do social que se impôs nas investigações sobre o fenômeno saúde/doença. Contudo, os estudos sociológicos da doença e da medicina foram fortemente influenciados pelos modelos metodológicos da

⁷⁸ Cabe nesse cenário, considerar as distintas correntes que compõem a Epidemiologia. Ou seja, esta não é homogênea.

epidemiologia (que no Brasil teve um desenvolvimento bastante frutífero e dinâmico), pelas análises discursivas do positivismo e pelas relevantes preocupações econômicas, políticas e ideológicas quanto aos processos sociais relacionados à assistência à saúde. Assim, uma orientação estritamente quantitativa e economicista incidia na leitura sobre pontos cruciais da situação sanitária brasileira (ALVES; RABELO, 1998, p.16).

Portanto, neste cenário tivemos alterações significativas no campo da Epidemiologia (até então circunscrita a análise quantitativa e economicista), a partir da utilização da perspectiva, histórico estrutural da saúde, que assinala para mudanças analíticas substantivas, dentre elas: “as principais mudanças foram à substituição da noção de causalidade biológica pelo conceito de determinação social, e a formulação do conceito de processo saúde-doença, que propõe a superação dessa polaridade tendo em vista a complexidade desses estados” (IANNI A, 2008, p.25).

Neste redimensionamento da Epidemiologia, Silva e Almeida Filho (2009) ressaltam que

Ao se considerar a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença, priorizam-se disparidades não entre seres individuais e sim entre conjunto de indivíduos - “populações”. Isso tem caracterizado a Epidemiologia, constituída no século XX, como abordagem científica dos fenômenos populacionais da saúde-doença, registrando as diferenças, inicialmente em relação ao lugar, tempo, idade e sexo, e, posteriormente, em relação a estrato, grupos, etnias, gêneros e classes sociais. A busca de associação entre expostos e não expostos implica simultaneamente na identificação de semelhanças entre indivíduos e diferenças entre grupos (SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 222).

Nesta acepção, Granda e Breilh (1989, p. 39) evidenciam a importância da reflexão da determinação social do processo saúde-doença em que se exige uma sistemática delimitação do objeto que não a desarticule “do processo geral da sociedade e, ao mesmo tempo, permita reconhecer seus aspectos específicos e situar suas expressões individuais”.

Ianni A. (2008) apresenta em seu estudo uma crítica ao discutir a relação entre o social e o biológico, a noção de determinação social, na medida em que refere que

A crítica social ao referencial biomédico manteve-se refém dos marcos biólogos. Ou seja, a crítica social não se orientou por uma (re)visão ou rediscussão da noção de biológico que a biomedicina construiu; refutou esse biológico - que é referido como o “apenas biológico”, o “o menos rico em propriedades” -, incorporando os fatores sociais. O conceito de biológico é

mantido intocado quanto à sua construção epistemológica, o que vai marcar o debate sobre o biológico e social que se irá desenvolver na Saúde Coletiva, no Brasil, e com ela na Epidemiologia (IANNI A, 2008, p. 27).

A crítica realizada por Ianni A. (2008) sobre a determinação social do processo saúde-doença está alicerçada em um processo amplo em que há uma crítica à modernidade e as construções oriundas dessa conjuntura histórica. Além disso, a autora (2008) desconsidera que o debate crítico da saúde parte de uma perspectiva em que há uma relação dialética entre social e o biológico, e não uma separação entre eles. Além disso, a reflexão realizada no que tange o biológico fundamenta-se na crítica à Epidemiologia tradicional (em virtude da estruturação individual, causal e comportamental), mas não se mantém refém a este campo. Muito pelo contrário, a construção da teoria da determinação social do processo saúde-doença está baseada numa perspectiva de totalidade que considera o movimento da realidade e faz uma análise que incorpora o vínculo entre a dinâmica da realidade e o arcabouço teórico.

Na articulação entre o biológico e o social é elementar ponderarmos acerca dos aspectos qualitativos dos dados epidemiológicos. E por isso, Ide e Chaves (1990, p.166) sustentadas a partir do estudo de Breilh e Granda (1986) referem que umas das categorias centrais para definir a “classificação epidemiológica é a classe social, porque cada uma delas se depara, segundo sua inserção no aparelho produtivo, com determinadas condições de desenvolvimento das forças produtivas e com relações sociais específicas”. Dessa forma, a categoria classe social tem o potencial de articular, elaborações em torno do debate da determinação social do processo saúde-doença. Barata et al (2013) salientam que

Inegavelmente a posição de classe determina muitos aspectos da vida material dos indivíduos, definindo não apenas o acesso e a posse de recursos materiais, mas também as atividades da vida cotidiana e a vulnerabilidade em face de inúmeros determinantes de saúde e doença, além de influenciar a percepção dos problemas de saúde e a busca de soluções (BARATA, et al., 2013, p. 648).

Em concordância com o que salientamos ao longo deste trabalho destacamos que algumas categorias são nucleares para a discussão da determinação social do processo saúde/doença, dentre elas, a de classe social.

Diante disso, é necessário sublinhar que partimos da contribuição marxista ao debate de classe social. Netto (2019) aponta algumas diferenças fundamentais, a saber: a *origem de classe*, ou seja, de onde se extrai um pensador, por exemplo, no caso de Marx de uma pequena

burguesia urbana, oriundo de uma família letrada, e Engels filho de industriais capitalistas – a origem de classe é relevante, todavia, não explica o que a pessoa pensa. A *situação de classe* ocorre na medida em que é possível ascender ou descender. A *posição de classe* é a escolha que se faz, o ponto de vista pelo qual se analisa a sociedade, pode ser uma escolha consciente ou não.

Conforme ressaltamos, o debate da determinação social do processo saúde-doença considera dialeticamente a relação entre o biológico e o social. Nesta compreensão “as diferenças biológicas, embora aparentemente dadas e naturais, sempre se expressam através de complexos processos de produção social” (SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 221). Nesta direção

O fato de ser determinado socialmente não inclui apenas a questão do desenvolvimento das forças produtivas - não há, por exemplo, uma correlação direta entre indicadores de riqueza de uma sociedade e os indicadores de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) -, também depende das relações sociais de produção, ou seja, de como estão organizadas na sociedade, não somente as relações das pessoas com a natureza, mas também das pessoas entre si (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 960).

Nesta percepção, é possível que um país tenha um índice elevado de desenvolvimento das forças produtivas e baixo índice de relações sociais de produção, haja vista “o avanço das forças produtivas nem sempre resulta em melhorias para a classe trabalhadora” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 961). Portanto, não necessariamente a riqueza socialmente produzida é parcialmente distribuída em formas de políticas sociais que atendam os interesses e necessidades das populações.

Vários estudiosos, dentre eles, Marsiglia e Barata e Spinelli (2018, p. 1012) fundamentadas a partir da análise de Luz⁷⁹ (1979) “são unânimes em ressaltar que, à medida que cresceu o produto interno bruto do país no final da década de 60 e início da década de 70, as condições de saúde da população se tornaram mais precárias”.

⁷⁹ Castro (2018) a partir do estudo de Luz (1997) aponta que a autora defende a importância de construir um novo paradigma para a saúde, tendo em vista que de acordo com sua concepção, “há um esgotamento do modelo de racionalidade global, legatário do iluminismo e enfatiza os modelos vitalista e espiritualista” (CASTRO, 2018, p.107). O que almejamos destacar com a colocação de Castro (2018) é que embora algumas elaborações sejam aparentemente progressistas, em consonância com a discussão da determinação social do processo saúde-doença ao examinarmos atentamente verificamos que pode estar acontecendo um certo ecletismo teórico, na medida em que nem sempre as diferenciações estão devidamente sinalizadas.

Nesta compreensão acerca da determinação social da saúde, Albuquerque e Silva (2014) ressaltam que esta

Não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social. A ideia dominante de identificação dos determinantes, é, portanto, insuficiente para direcionar ações de saúde que contribuem efetivamente para a máxima realização do humano. Para tal, seria necessário alterar o modo de produção (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 962).

Arreaza (2012, p. 1004) destaca ainda que a concepção conceitual da saúde continua em aberto “para novos aportes interdisciplinares visando tanto superar as concepções hegemônicas do enfoque biomédico tradicional como consolidar as bases teórico-filosóficas da crítica social no alcance de uma práxis emancipadora de saber agir sobre a saúde-doença”.

Diante do exposto, consideramos que o debate da determinação social do processo saúde-doença se faz cada vez mais necessário ao analisarmos os distintos movimentos da realidade social, dentre eles os mecanismos utilizados pelo capital para recuperar suas taxas de lucro e as repercussões destes para a classe trabalhadora. Ao se fundamentar num arcabouço teórico pautado por uma perspectiva de totalidade, este debate busca elucidar as bases sob as quais se assentam os processos de desigualdades sociais. Portanto, aponta que tais desigualdades são insuprimíveis desta sociabilidade.

Se olharmos para a realidade brasileira, e as desigualdades sociais que estamos inseridos, destacamos o alto grau de concentração de renda. O Brasil, se insere no grupo de países que possuem resultados mais próximos de um. “Em 2019, com dados da PNAD Contínua, o índice de Gini⁸⁰ do rendimento domiciliar per capita do Brasil foi de 0,543, apresentando aumento em relação a 2012 (0,540)” (IBGE, 2020, p. 54).

Os dados obtêm contornos mais graves quando comparamos a identificação raça/etnia. Verificamos que a população preta/parda (14,1) apresenta percentuais de desocupação

⁸⁰“O índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza” (IPEA, 2004, s/p).

superiores à população branca (9,5); o rendimento habitual do trabalho principal, pretos e pardos (1608) e de brancos (2796) e entre os 10% com maiores rendimentos, 70,6 são brancos e 27,7 são pretos e pardos (IBGE, 2018).

É importante destacarmos que, embora alguns dados sejam anteriores ao governo Bolsonaro, o que queremos ressaltar é o quanto a desigualdades são partes constitutivas das relações estabelecidas na sociedade brasileira e que diante desse governo são intensificadas, na medida em que o mesmo não escamoteia a sua face racista, homofóbica e a classista. E, além disso, compromete os estudos de importantes indicadores da sociedade brasileira ao negligenciar a importância do Censo do IBGE.

No que tange a violência letal no Brasil, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde (SIM/MS), em 2017 houve 65.602 homicídios no país (o maior índice histórico) (IPEA/FBSP/2019). O estudo evidencia ainda que estes índices são maiores entre jovens de 15 a 19 anos, do sexo masculino, com índice de 59,1%. O próprio relatório refere que estes dados ganham contornos ainda mais dramáticos quando se avalia os dados relativos à população negra, LGBTI e mulheres (nos casos de feminicídio). Outro fator analisado no período entre 2007 e 2017 refere às diferenças entre as regiões brasileiras no que tange a evolução das taxas de homicídio. Dessa forma, tivemos uma redução nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, certo equilíbrio no índice da região Sul e uma evolução acentuada no Norte e no Nordeste.

Em relação à Previdência e assistência social, o estudo IPEA (2011) apresenta a distribuição dos domicílios que recebem Bolsa Família, segundo cor/raça do/da chefe em 2006. Sendo que 70% destas residências que recebem este benefício são chefiadas por negros (as) e 30 % por brancos (as) (IPEA, 2011, p.25). Dessa forma, ao analisarmos a questão das políticas sociais, verificamos que a desresponsabilização do Estado repercute ainda mais diretamente na população negra, pobre, que veem os direitos de cidadania sendo cada vez mais negligenciados. Já em relação à Previdência Social os índices são distintos, uma vez que esta política configura-se a partir do seguro social, isto é, exige contrapartida financeira, a inserção no mercado formal de trabalho.

No que se refere ao feminicídio é fundamental relacionar esse marcador à situação das mulheres negras, haja vista que os dados evidenciam índices discrepantes que dão visibilidade às desigualdades presentes na sociedade brasileira. Nesta perspectiva, o Atlas da Violência de 2019 indica que

Enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras teve um crescimento de 4,5 % entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%. Em números absolutos a diferença é ainda mais brutal, já que entre não negras o crescimento é 1,7% e entre as mulheres negras é de 60,5 %. Considerando apenas o último ano disponível, a taxa de homicídios de mulheres não negras foi de 3,2 a cada 100 mil mulheres não negras, ao passo que entre as mulheres negras a taxa foi de 5,6 para cada 100 mil mulheres nesse grupo (IPEA/FBSP, 2019, p.39).

Ao refletirmos sobre a realidade brasileira todos estes dados evidenciam as nossas desigualdades sociais e atestam para a validação da perspectiva da determinação social do processo saúde/doença. Haja vista que estas desigualdades não podem ser naturalizadas, exigem reflexão e organização para nos contrapor a lógica do capital, com sua essência destruidora e desumana.

Neste sentido, ressaltamos que essa realidade do país, tem relação direta com o debate da determinação social da saúde e o modo de produção capitalista, que se aguçam no cenário da pandemia do novo coronavírus. Por este ângulo, Soares et al (2020) salientam que

A complexidade das demandas e necessidades sociais trazidas e expressas pela pandemia são representativas do momento do desenvolvimento capitalista contemporâneo. Foi exatamente neste momento de aprofundamento da racionalidade destrutiva do capitalismo, precisamente sobre o meio ambiente, que o novo coronavírus surge como produto também histórico desse processo (SOARES, et al, 2020, p.262).

Diante desse quadro, Paula (2020, p.237) indica a necessidade e o desafio de fazermos uma análise de conjuntura que ultrapasse a “cortina de fumaça, para que consigamos enxergar além de tudo o que diariamente nos distrai. Essa direção é o que nos possibilita fazer uma análise profunda e crítica do atual momento histórico, sem apartá-lo do processo que o concebeu”. Ou seja, a necessidade de estarmos atentos aos distintos elementos que compõem e se articulam na realidade social.

A saúde tem relação direta com a realidade social e as inflexões socioeconômicas, políticas, ideológicas que determinam as análises sobre saúde e doença, e impactam nas instituições, na constituição dos serviços e na população (MINAYO, 1998). E, nesse momento de pandemia, fica explícito como devemos discutir a saúde calcada nos processos mais gerais da sociedade capitalista e na forma como os países de capitalismo dependente, como o Brasil, desenvolvem o seu processo de resposta às desigualdades produzidas pela sociedade capitalista na sua relação com a saúde.

Esta conjuntura evidencia também aspectos referentes às classes sociais, ao gênero, à raça/etnia entre outros. Esse processo implica em uma complexidade de aspectos dialeticamente articulados, tais como: o mundo do trabalho (condições em que estes são ofertados, alto número de desempregados e de pessoas com vínculos precários); gênero, dado que as mulheres são mais afetadas pelo desemprego, pelo acúmulo de tarefas, bem como são maioria entre os profissionais de saúde.

No que se refere à raça/etnia temos diversos aspectos referentes à formação sócio-histórica que demonstra o racismo estrutural, institucional e o não ou prejudicado acesso da população negra aos serviços de saúde, por exemplo. Todas estas relações mostram que a pandemia é um fenômeno mundial, do ponto de vista biológico é universal, mas atinge diferentemente as camadas sociais, dado que, nem toda a população pode fazer o isolamento social, por exemplo. Portanto, é essencial relacionar os aspectos biológicos e sociais. Assim, sublinhamos novamente a relevância do papel do Estado, em fornecer as políticas sociais necessárias para que grande parte da população possa se proteger.

Mendes e Carnut (2018, p.1114) ressaltam que “a dinâmica capitalista e seu processo de acumulação necessita de novas formas de capturar privadamente a dimensão pública do Estado, e o setor saúde tem sido essa solução”. Esse processo, de acordo com os autores (2018) ocorre por meio dos instrumentos de gestão, que visam intensificar o trabalho, o fomento ao mercado privado, o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde, as renúncias fiscais entre outros mecanismos, ainda mais impulsionado no governo Bolsonaro.

Apesar de não ter sido objeto de nosso debate, mas o fizemos a partir da interlocução e estudos da área, entendemos que para o Serviço Social a exigência que se impõe é de defesa do projeto ético-político profissional em sua articulação com os princípios do projeto de reforma sanitária, consolidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, construir uma sólida análise da crise sanitária em sua relação com a crise do capital; e construir no cotidiano dos serviços de saúde respostas às necessidades de saúde da população que sedimentem o conceito ampliado de saúde e o direito à saúde e à vida. Portanto, uma reflexão pautada na totalidade da vida social, de forma que o (a) assistente social não simplesmente reitere uma lógica baseada no senso comum, em que se destaca a culpabilização dos sujeitos por sua condição de vida e de saúde. Assim, o trato da pandemia, de forma orgânica que fundamente os seus significantes e significados.

Como salienta CFESS (2010, p.40) “o movimento de Reforma Sanitária salientou a importância da determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social

da vida”. Nesse sentido, “é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação procuramos apreender as mediações presentes na sociedade na sua relação com o objeto de estudo - a concepção de determinação social do processo saúde/doença -, a partir do materialismo histórico dialético, de forma a compreender a realidade em seus movimentos de contradições e conflitos, logo, pela perspectiva de totalidade.

A nossa hipótese é que o debate da determinação social da saúde tem sido tratado como sinônimo de determinantes sociais da saúde, e isso implica tanto em questões teóricas, quanto em desdobramentos práticos na realidade social. Esse processo em nosso entendimento se relaciona aos aspectos que buscam “escamotear” as bases sob as quais se sustentam as desigualdades sociais. Portanto, a natureza de expropriação do MPC, bem como suas crises. Além disso, também se associa a um não conhecimento dos diferentes significados e significantes que estão sendo colocados em torno da reflexão entre a determinação e os determinantes.

Ao longo dos capítulos refletiremos teoricamente acerca da determinação social do processo saúde/doença e de como esses processos são ainda mais latentes, ao considerarmos a formação sócio-histórica de países como o Brasil, por exemplo, que apresenta desigualdades sociais colossais. Além disso, ao fazermos uma análise histórica da saúde – compreendendo o passado e o presente, verificamos a relação entre a saúde e a conjuntura histórica de cada momento, chegando no debate atual da saúde em tempos de pandemia e de governo Bolsonaro. Ao fazermos um parêntese acerca da pandemia, é necessário apreendermos que por mais que o biológico nesse período adquira destaque, é inegável também que nesse mesmo movimento as desigualdades sociais são exponenciadas e ganham mais visibilidade, de forma a evidenciar que “nunca estivemos no mesmo barco”. Por fim, realizamos uma análise crítica dos determinantes sociais e da relevância do arcabouço teórico da determinação social.

Neste sentido, em consonância com o estudo de Wood (1999) de que a conjuntura histórica exige um projeto universalista, que compreenda a complexidade do real, e perspectiva de totalidade, a determinação social do processo saúde e doença faz cada vez mais sentido teórico-prático.

Assim, uma pesquisa com relação à determinação social da saúde se torna cada vez mais necessária, por alcançar a gênese da questão, por se pautar em viés de totalidade, em meio a demandas cada vez mais complexas fruto do processo de agudização da “questão social”.

Dessa forma, esperamos que este estudo possa contribuir para a fundamentação dos processos em curso na sociedade, no sentido de ir à além dos fenômenos aparentes e alcançar a sua essência. Para tal, faz-se necessário a aproximação e apropriação da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, do materialismo histórico-dialético e dos fundamentos da Reforma Sanitária. Sendo assim, auxiliar todos aqueles que se comprometem com uma saúde pública e de qualidade, de modo a considerar a forma com que a sociedade produz e se reproduz e quanto isso interfere no cotidiano dos sujeitos, na forma de se relacionarem, e de terem acesso às suas necessidades sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p. 953-965, Out-Dez, 2014.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. In NOGUEIRA, Roberto P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária** (pp. 13-36). Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos Brasileiros de Saúde, 2010.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p. 349-370, 2009.
- ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina. O status das ciências sociais em saúde no Brasil: tendências. In: **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Do surgimento da medicina social ao surgimento da intersectorialidade**. Informativos IDISA, 2012 [online] Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/2%20%20DO%20SURGIMENTO%20DA%20MEDICINA%20SOCIAL%20AO%20SURGIMENTO%20DA%20INTERSETORIALIDADE.pdf>
- ANTUNES, Ricardo. Prefácio. In: FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. São Paulo: Global, 2009.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho** – Ensaio sobre a afirmação e a negação do Trabalho. São Paulo. Boitempo, 1999.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista** – contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AROUCA, S. Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular. In: **Saúde Debate**, n.20, p.39-46, 1988.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975. 261p.
- ARREAZA, AntonioLuis Vicente. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (4): 1001-1013, 2012.
- BARATA, Rita Barradas, et al. Classe Social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa de saúde. In: **Rev. Saúde Pública**, 47 (4), 647-655, 2013.

- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo. Cortez, 2016.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo. Cortez, 2011.
- BEHRING, Elaine Rosseti. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**, Brasília – CFESS, 2009.
- BEHRING, E. R. Políticas Sociais no Governo Lula: uma reflexão. In: **Revista Inscrita**, Brasília: CFESS, n.9, 2004.
- BERLINGUER, Giovanni. “Uma reforma para a saúde - Por um serviço sanitário nacional: análise e proposta”. In: BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma sanitária - Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec; CEBES, 1988, p. 1-77.
- BEZERRA, Cristina. **Anotações da disciplina Pensamento Social no Brasil – Pensador: Florestan Fernandes**, 2019.
- BIRH, Alan. **Da grande noite à alternativa - O movimento operário europeu em crise**. São Paulo. Boitempo, 1998.
- BIRMAN, Joel. A Physis da Saúde Coletiva. In: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 11-16, 2005.
- BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p. 841-854, Jul-Set -2015.
- BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. In: **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v.16 n.3, p- 869-897, set./dez. 2018.
- BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. P. **Saúde e Previdência – estudos de política social**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 2018.
- BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. P. **Saúde e Previdência – estudos de política social**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.
- BRASIL. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 de dezembro de 2021.

BRASIL. **Decreto Presidencial, de 13 de março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei%20Federal%20N%208080%201990.pdf>> Acesso em 10 de setembro 2021.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 10 de setembro de 2021.

BRASIL DE FATO. **Como a história se lembrará da PreventSenior e suas ações em meio à pandemia?**In: <https://www.brasildefato.com.br/2021/10/08/artigo-como-a-historia-se-lembrara-da-prevent-senior-e-suas-acoes-em-meio-a-pandemia> . Acesso em: 19 de dezembro de 2021.

BRAVO, Maria Inês; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. In: **Revista Ser Social**. Estado, Democracia e Saúde. Brasília, v 22,n 46, jan a jun de 2020, p.191-209.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde**- formação e trabalho profissional. São Paulo, 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**, Brasília – CFESS, 2009b.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: **XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**. El Trabajo Social em lacoyunturalatinoamerica: desafios para suformación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador, 4-8 de octubre 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo – Editora Cortez, 2006.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). In: **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v.31, p. 13-27, 2013.

BREILH, Jaime. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidenciabaseda en la determinación social de la salud. In: EIBENSCHUTZ, C.; TAMEZ, S, GONZÁLEZ, R. **Determinación social os determinantes sociales de salud?** Memoria

- delTallerLatinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ciudad de México: Editora Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.
- BREILH, Jaime. Lastres “s” de ladeterminación de la vida y eltriángulo de la política. In: Nogueira RP, organizador. In: **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes; 2010, p.87-125.
- BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Unesp; Hucitec, 1991.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1):77-93, 2007.
- CANESQUI, Ana Maria. Sobre a presença das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Pública. In: **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.16-21, 2011.
- CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. In: **Revista Katál.**, Florianópolis, v.24, n.2, p. 269-279, maio/ago.2021.
- CASTRO, M. M. de C.; SANTOS, D. C. L.; LEAL, L. M.; MAIA, I. Determinação social da saúde e pandemia de coronavírus no Brasil. In: Maria Lúcia Duriguetto; Marilda Vilela Iamamoto (Org.). **Serviço Social: questão social, território e política social**. 1ed.Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021, v.1, p.111-123.
- CASTRO, M. M. de C.; LEAL, L. M. Determinación social de lasalud, trabajo social em Brasil y eltrabajo em hospitales. In: Eve Simonotto [et al.]: compilado por Redondi Valeria; Laura Paradela (Org.). **Salud y trabajo social: procesos de intervención y organización**, 1 ed. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales e Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2019, v.6, p.116-129.
- CASTRO, Marina Monteiro de Castro. **Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.
- CARVALHO, M.A. A institucionalização das Ciências Sociais Brasileiras e o campo da saúde. In: Canesqui, AM (Org.) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Abrasco/Hucitec, 1997.
- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.35, n.90, p.496-498, 2011.
- CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.
- CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial / Sidney Chalhoub** – São Paulo; Companhia das Letras, 1996.

- CNN/BRASIL. **Brasil importa 90% da matéria prima para a produção de medicamentos**, 2021a. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/01/30/brasil-importa-90-da-materia-prima-para-a-producao-de-medicamentos>. Acesso em: 12 de março de 2021.
- CNN/BRASIL. **Epícentro do vírus, Brasil tem percentual de positivos 6 vezes acima do almejado**, 2021b. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/12/epicentro-da-pandemia-brasil-reduz-testagem-e-tem-percentual-de-positivos-6-vez> . Acesso em: 15 de março de 2021.
- CNS. *CNS participa de comissão especial do Senado que trata de questões da pandemia*. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1800-cns-participa-de-comissao-especial-do-senado-que-trata-de-questoes-da-pandemia>. acesso 16 jun 2021.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar* – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- DANTAS, André Vianna. *A Questão Democrática e a Reforma Sanitária Brasileira: um debate tático e estratégico*. In: **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos** / organizado por Sonia Fleury - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.
- DAVIS, Mike. *A crise do coronavírus é um monstro alimentado pelo capitalismo*. In: DAVIS, Mike, et al: **Coronavírus e a luta de classes**. Terra sem Amos: Brasil, 2020.
- DONNANGELO, C. **Medicina e Sociedade** – o médico e seu mercado de trabalho. Livraria Pioneira Editora, 1975.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e sociedade** / Maria Cecília F. Donnangelo, Luiz Pereira. 2 ed. – São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil - a década de 70*. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco; 1983, p.19-35.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *A conceptualização do social na interpretação da doença: balanço crítico*. In: CARVALHEIRO, José da Rocha. **O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo** / Organizado por José da Rocha Carvalheiro, Luiza StermanHeimann, Márcio Derbi. São Paulo: Instituto Saúde, 2014.
- DOWBOR, Tatiana Pluciennik; WESTPHAL, Márcia Faria. *Determinantes sociais da saúde e o programa de saúde da família no município de São Paulo*. In: **Rev Saúde Pública**, 47 (4), 781-790, 2013.
- DURIGUETTO, Maria Lúcia. *O olhar pós-moderno dos Novos Movimentos Sociais*. In: **XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**, 2009, Guayaquil - Equador. El

Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional, 2009.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Sociedade civil, esfera pública, terceiro setor: a dança dos conceitos. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.81, p. 87-96, 2005.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. 3 ed. São Paulo. Martins Fontes, 2007.

ENGELS, Friedrich. **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo, Boitempo, 2010.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. Ed. rev. amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, Sarah, **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro. Zahar, 2006.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 1999.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. Ed. rev. amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2012.

EVANGELISTA, João E. **Crise do marxismo e irracionalismo pós-moderno**. São Paulo. Cortez, 1992.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. São Paulo: Global, 2009.

FIOCRUZ. **Monitora Covid-19**. Disponível em: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/> . 2021 a. Acesso em 18 de junho de 2021.

_____. **Populações vulneráveis**. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/populacoes-vulneraveis>. Acesso em 12 jun 2021.

FLEURY, Sônia. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. In: **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos / organizado por Sonia Fleury - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 2ª ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980.

- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GARBOIS; Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.112, p. 63-76, Jan-Mar -2017.
- GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil: In: **Epidemiol.Serv. Saúde**, Brasília, v.29, n.2, 2020.
- GRANDA, E.; BREILH, J. **Investigação da saúde na sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque epidemiológico. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.
- HARVEY, David. **Condição pós-moderna** - Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Edições Loyola, 17ª edição, 2008.
- HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. In: **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, vol. 10(3). 2003.
- HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. In: EIBENSCHUTZ, C.; TAMEZ, S, GONZÁLEZ, R. **Determinación social os determinantessociales de salud?** Memoria del Taller Latinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ciudad de México: Editora Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.
- IAMAMOTO, Marilda V. Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempo de capital fetiche. In: RAICHELIS, r. et al. (orgs.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. Capital financeiro, trabalho e questão social. 9. Ed. – São Paulo: Cortez, 2015.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. Capital financeiro, trabalho e questão social. 8. Ed. – São Paulo: Cortez, 2014.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. In: **Temporalis**. ABEPSS, Brasília, ano III, n 3, pp 9-21. Janeiro/Junho 2001.
- IANNI, Aurea Maria Zollner. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a saúde coletiva e a sociologia no Brasil. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.1, p.32-40, 2011.
- IANNI, Aurea Maria Zollner. Entre o biológico e o social. Um estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia. In: **Rev Bras Epidemiol**, 11(1): 24-42, 2008.

IANNI, Octavio. **A sociologia e o mundo moderno**/ Octavio Ianni. 1.ed. - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

IANNI, Octavio. **Pensamento social no Brasil**/ Octavio Ianni. – Bauru- São Paulo: EDUSC, 2004.

IANNI, Octavio. **A ideia de Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IBGE. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas** – Informação Democrática e Socioeconômica, n.41, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf . Acesso em: 10 de outubro de 2021.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10091/0?ano=2018> . Acesso em 15 de março de 2021.

IDE, Cilene Aparecida Costardi; CHAVES, Eliane Corrêa. A questão da determinação do processo saúde-doença. In: **RevEscEnferm USP**, 24 (1), 163-167, 1990.

IFF/FIOCRUZ. **Testes para a Covid-19: como são e quando devem ser feitos**. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/685-covid-19-testes> . Acesso em 12 de Março de 2021.

IPEA; FBSP. **Atlas da violência 2019**. Organizadores: Instituto de Pesquisa Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – [et al.] – 4ª Ed. – Brasília: Ipea, 2011. Com a participação de ONU Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir).

IPEA. **O que é índice Gini?** Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28 . Acesso em: 19 de dezembro de 2021.

JUNIOR, Francisco Batista. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

- KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. In: **História, Ciências, Saúde**. Vol VIII (1), 2001.
- LARA, Ricardo. Pandemia e capital: as repercussões da Covid-19 na reprodução social. In: **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.20, n.1, p;53-69, jan./ jun.2020.
- LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. In: **Revista latinoamericana de salud**, México 2. Trad E.D. Nunes, 1982.
- LAURELL, Asa Cristina. La política de salud en los ochenta. In: **Cuadernos Políticos**, número 23, México, D.F., editorial Era, enero-marzo de 1980 pp. 89-97.
- LEAL, L.M.; CASTRO, M.M. de C. Determinação social da saúde e covid-19: fundamentos para o trabalho do assistente social na crise sanitária”. Aprovado na **revista Emancipação**, com previsão de publicação para 2022.
- LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Determinação da saúde e expressões da “questão social” no Brasil: impactos para os sujeitos sociais. In: Edneia Alves de Oliveira; Marco José de Oliveira Duarte; Marina Monteiro de Castro e Castro. (Org.). **Serviço social, políticas e sujeitos sociais**. 1ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021, v.1, p.80-94.
- LEAL, Laura Marcelino. **O cotidiano de trabalho do assistente social**: reflexões sobre o setor hospitalar em Juiz de Fora. [Trabalho de Conclusão de Curso], FSS/UFJF, 2017.
- LEAVELL, H.; CLARK, E.G. Níveis de aplicação da Medicina Preventiva. In: **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEFFA, V. J. **Quando mais é menos**: a questão do produtivismo em pesquisa. In: Jonathas de Paula Chaguri; Jane Cristina Beltramini Berto. (ORG.). **Pesquisas em história da educação e linguística aplicada: novos olhares para o ensino de línguas no Brasil**. Campinas: Pontes, 2018, v. 1, P. 447-467.
- LOPES, Viviane Aparecida Siqueira; RANGEL, Etuany Martins. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p. 817-829, Out-Dez, 2014. |
- LOYOLA, Maria Andréa Rios. A saga das Ciências Sociais na Área da Saúde Coletiva: elementos para reflexão. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [2]: 251-275, 2008.
- MAGNO, Laio; ROSSI, Thais Aranha; LIMA, Fernanda Washington de Mendonça; SANTOS, Carina Carvalho dos; CAMPOS, Guilherme Barreto; MARQUES, Lucas Miranda; PEREIRA, Marcos; PRADO, Nilia Maria de Brito Lima; DOURADO, Inês. Desafios e propostas para

ampliação da testagem e diagnóstico para a Covid-19 no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (9): 3355-3364, 2020.

MARSIGLIA, Regina Giffoni; BARATA, Rita Barradas; SPINELLI, Selma Patti. Determinação social do processo epidêmico. In: **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.4, p.1004-1012, 2018.

MARX, Karl. **O capital**. Crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MARX, Karl. O método da Economia Política. In: **Introdução de 1857-58**. Os Economistas, 1996.

MARX, Karl. O método da Economia Política. In: **Introdução de 1857-58**. Os Economistas, 1982.

MARX, Karl. **O capital**. Crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.

MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. **Cultura, arte e literatura**. Textos escolhidos. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MATOS, Maurílio. **O neofacismo da Política de Saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19**. Disponível no blog: <http://pelasaude.blogspot.com/>, blog do projeto de pesquisa e extensão da UERJ Pela Saúde (2020). Acesso em 13 de Março de 2021.

MATOS, Maurílio. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. In: **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.35, 2021.

MATTOS, Marcelo Badaró. **Reorganizando em meio ao refluxo**: Ensaio de intervenção sobre a classe trabalhadora no Brasil atual. Rio de Janeiro. Viejo de Leitura, 2009.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. In: **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.4, p.1105-1119, 2018.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? In: **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.66-81, 2015.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Políticas sociais e saúde. In: **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**/ Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. Ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

- MOREIRA, Márcia Chaves. **Determinação social na saúde: fundamento teórico - conceitual da reforma sanitária brasileira.** Dissertação [Mestrado em Serviço Social]. PUCRS, 2013.
- NETTO, José Paulo. **Karl Marx: uma biografia / José Paulo Netto.** 1.ed. - São Paulo: Boitempo, 2020.
- NETTO, José Paulo. **Teoria Social e Sociologia Clássica.** Anotações de sala de aula. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Juiz de Fora: FSS/UFJF, 2019.
- NETTO, José Paulo. **Nota sobre o marxismo na América Latina,** 2012.
- NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica/ 8. ed.** - São Paulo: Cortez, 2012. - (Biblioteca básica de serviço social; v.1).
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** Expressão Popular, 2011.
- NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais,** 2009.
- NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64 / José Paulo Netto - 12.ed.** - São Paulo: Cortez, 2008.
- NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis.** ABEPSS, Brasília, ano III, n 3, pp 41-49. Janeiro/Junho 2001.
- NETTO, José Paulo. **Elementos para uma leitura crítica do manifesto comunista,** 1998.
- NETTO, J. P; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica.** 8. ed. - São Paulo: Cortez, 2012.
- NOGUEIRA, R.P. A determinação objetal da doença. In: **Determinação social da saúde e reforma sanitária.** Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos Brasileiros de Saúde, 2010.
- NOGUEIRA, R.P. Determinantes, determinação e determinismos sociais. In: **Saúde em Debate,** vol. 33, núm.83, Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos Brasileiros de Saúde, 2009.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. In: **Serviço Social e Saúde,** Campinas, 2011.
- NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS G. W. S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p.19-39.
- NUNES, Everardo Duarte. A trajetória das ciências sociais em Saúde na América Latina: revisão da produção científica. In: **Rev Saúde Pública,** 2006; 40 (N Esp):64-72.
- NUNES, Everardo Duarte. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. In: **Saúde soc.** vol.1 no.1 São Paulo, 1992.

NUNES, Everardo Duarte. (Org.) **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Global, 1983.

NUNES, Everardo Duarte. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das Ciências Sociais nas escolas médicas. Bases teóricas. In: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo 12: 506-15, 1978.

O'DONNELL, Guillermo. **El Estado Burucrático-Autoritario: 1966-1973**, Triunfos, Derrotas y Crisis, 1982.

O GLOBO. **Com 2.349 mortes em um dia, Brasil vira o epicentro da pandemia**. 2021a. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/com-2349-mortos-em-um-dia-brasil-vira-epicentro-da-pandemia-24919198> . Acesso em 12 de março de 2021.

O GLOBO. **Cade recebe denúncias de alta de mais de 500% em produtos para combater coronavírus, como máscaras e álcool em gel**. 2021b. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/cade-recebe-denuncias-de-alta-de-mais-de-500-em-produtos-para-combater-coronavirus-como-mascaras-alcool-em-gel-24397525> . Acesso em: 13 de março de 2021.

OMS. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812 . Acesso em: 12 de março de 2021.

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

OMS. Para mais informações acesse o link: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/OPS/OMS>. Aspectos teóricos de las Ciencias Sociales aplicadas a la medicina. In: **Educ.méd. Salud**, 8(4):354-359, 1974.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

OXFAM. **A distância que nos une - um retrato das desigualdades brasileiras**, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**./Jairnilson Paim, - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica** / Jairnilson Silva Paim. - Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

- PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.
- PAIM, Jairnilson Silva. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: **OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, DC, 1992. p.151-160.
- PAULA, Luciana Pereira Gonçalves de. A conjuntura de uma pandemia e o que ainda está por vir – impactos e estratégias possíveis. In: **Revista Serviço Social em Perspectiva** – Montes Claros/MG, v.4, n. 2, jul/dez-2020.p.236-260.
- PRADO JÚNIOR, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2008.
- PROCÓPIO, Ana Paula. **O contrário de casa grande não é senzala. É quilombo!** A categoria práxis negra no pensamento de Clóvis Moura, UFRJ - Tese de doutorado, 2017.
- REIS, Regina Sá dos. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. In: **Libertas**, Juiz de Fora, p- 17 – 42, 2004/2005.
- RIBEIRO, Daniella Borges; OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos; DENADAI, Mirian Cátia Vieira Basílio; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. In: **Revista Katál.**, Florianópolis, v.23, n. 3, p. 548-561, set./dez. 2020 ISSN 1982/0259.
- RIBEIRO, H.P. (Org.) **Políticas de Saúde e Assistência Médica: um documento de análise**. Associação médica brasileira, 1983.
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS/ Maria Lucia Frizon Rizzotto**. Campinas, SP: [s.n.], 2000.
- ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou determinantes? uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. In: **RevEscEnferm USP**, 49 (1), 129-135, 2015.
- RODRIGUES, Mavi. **Michel Foucault sem espelhos: um pensador proto pós-moderno**. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 2006.
- ROSEN, George. **De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud**, 1985.
- ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**, Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: particularidades no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2012 (coleção biblioteca básica de serviço social, v.6).

- SANTOS, Patrícia Tavares dos; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. In: **Act Paul Enferm**, 23 (6), 788-795, 2010.
- SANTOS, Tatiane Valéria Cardoso do; SILVA, Letícia Batista; MACHADO, Thiago de Oliveira. A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social. In: **Libertas**, Juiz de Fora, p- 117-130, 2016.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2 ed. Rio Janeiro: Campus, 1987.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. Saúde coletiva: um espaço vivo. In: PAIM, J. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.9-19.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientista, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930 – São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**, São Paulo: Papel Social, 2013.
- SILVA, Ligia Maria Vieira da; ALMEIDA FILHO, Naomar. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2: S217-S226, 2009.
- SILVA, W.; RUIZ, J. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. *Physis:Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), p.1-8, 2020.
- SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais na saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. Tese de doutorado, UNICAMP, 1996.
- SOARES, Raquel Cavalcante; SILVA, Jefferson de Melo e; ASSIS, Letícia Cristina Monteiro; SILVA, Mariana Larissa da; SILVA; Thiago Henrique da. A pandemia da Covid-19 e a atuação do Serviço Social na linha de frente: tendências, desafios e estratégias. In: **Anais de mesas coordenadas, do IX Congresso Nacional de Assistentes Sociais na Saúde (CONASSS) XII Simpósio de Serviço Social em Saúde (SIMPSSS), 2020**.
- SIMIONATTO, Ivete. As expressões ideoculturais da crise na atualidade e sua influência ideopolítica. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**, CFESS, 2009.
- SOARES, R.C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese [Doutorado em Serviço Social]. Recife, CCSA, Serviço Social, 2010.

- SOUSA, Angélica Silva de; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; ALVES, Laís Hilário. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. In: **Cadernos da Fucamp**, v.20, n.43, p.64-83/2021.
- SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.137, p. 174-191, jan./abr.2020.
- UFJF. Centro de Difusão do Conhecimento Manual de normalização para apresentação de trabalhos acadêmicos / **Centro de Difusão do Conhecimento**. – Juiz de Fora : UFJF, 2019.
- UGALDE, A. **Cienciassociales y laadministración: enseñanza e investigación de la salud: un caso de subordinación, subversión o subdesarrollo teórico?** Birmingham. University of Alabama, 1988, p. 37-56.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D.F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p.531-562.
- VIANA, N.S; SOARES, C.B; CAMPOS, C.M.S. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: Soares CB; Campos CMS, organizadores. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole; 2013, p.107-142.
- VIANNA, M. L. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Rio de Janeiro Revan, luperj, 1998.
- WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra capitalismo – a renovação do materialismo histórico**. Rio de Janeiro. Boitempo, 2003.
- WOOD, Ellen Meiksins. “O que é a agenda “pós-moderna”?” In: WOOD, E.M & FOSTER, J.B (org). **Em defesa da História – marxismo e pós-modernismo**. Rio de Janeiro. Zahar, 1999.
- YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão: expressões da questão social. In: **Temporalis**. ABEPSS, Brasília, ano III, n 3, pp 33-40. Janeiro/Junho 2001.
- ZIONI, Fabíola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista da teoria social. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v.16, n.3 p-26-34, 2007.

ANEXOS**ANEXO I- Levantamento Bibliográfico – nos periódicos de Serviço Social**

Descritores: determinação social e determinantes sociais

Número de Trabalhos Selecionados	Revista/Ano/Número Volume/Página	Autor (a)	Título
01	Libertas/2016 n.1/v.16, p-117-130	Tatiane Valéria Cardoso dos Santos; Letícia Batista Silva; Thiago de Oliveira Machado	“A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social”
02	Serviço Social & Saúde/2011 n.12/v.10, p. 45-72	Vera Maria Ribeiro Nogueira	“Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário”
03	Libertas, 2004/2005, n.especial/v.4 e 5, p.17-42	Regina Sá dos Reis	“A influência dos determinantes sociais na saúde da criança”

Pesquisa realizada em: Julho de 2018.

Atualizada em: Janeiro de 2020.

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO II – Levantamento no catálogo de Teses e dissertações da Capes e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)

Descritor: determinação social da saúde

Área de conhecimento: Serviço Social

Período: 2008 a 2019

Número de Trabalhos Selecionados	Instituição/Ano	Autor (a)	Título
01	UFRN/2019	Giliane Alves de Carvalho	“Determinação social da saúde e Serviço Social: concepções que norteiam o trabalho do (a) Assistente Social no atual contexto do SUS”
02	UFRN/2017	Ízala Sarah Freitas da Silva	“Saúde do trabalhador: um estudo acerca da determinação social da saúde que perpassa os afastamentos em uma universidade pública federal”
03	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho/2017	Danielle de Oliveira Nogueira	“Determinação social da saúde e Serviço Social: contribuições para o debate”
04	PUCRS/2013	Márcia Chaves Moreira	“Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira”
05	PUCRS/2013	Gisele Selistre Ramon	“Determinação social da saúde e as dimensões da competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre”
06	USP/2011	Fernanda da Silva Moura	“Compreendendo as determinações sociais da saúde a partir da prática interdisciplinar na pediatria do HU/USP”
07	UFJF/2008	Regina Sá dos Reis	“O trabalho do assistente social frente à determinação social da saúde da criança”

Pesquisa realizada em: Julho de 2018.

Atualizada em: Abril de 2020.

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO III – Levantamento Scielo – Trabalhos selecionados após revisão

Descritor: Determinação social

Número de Trabalhos Selecionados	Revista/Ano Número Volume/Página	Autor (a)	Título
01	Saúde Soc./2018/n.4/v.27/p .1004-1012	Regina Giffoni Marsiglia Rita Barradas Barata Selma Patti Spinelli	“Determinação social do processo epidêmico”
02	Trab. Educ. Saúde/ 2018/ n.3/v.16/ p.869-897	Carolina Michelin Sanches de Oliveira Borghi Rosely Magalhães de Oliveira Gil Sevalho	“Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina”
03	Saúde Debate/2017/n.112/v .41/ p.63-76	Júlia Arêas Garbois Francis Sodrê Maristela Dalbello Araújo	“Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde”
04	RevEscEnferm USP/2015/n.1/v.49/p .129-135	Patrícia Rodrigues da Rocha Helena Maria Scherlowki	“Determinação ou determinantes? uma discussão com base na teoria da produção social da saúde”
05	Saúde Debate/2015/ n.106/v.39/ /p.841- 854	Elis Borde Mario Hernández-Álvarez Marcelo Firpo de Souza Porto	“Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino- americana”
06	Saúde Debate/2014/ n.103/v.38/ p.817- 829	Viviane Aparecida Siqueira Lopes Etuany Martins Rangel	“Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários”
07	Saúde Debate/2014/n.103/v .38/p.953-965	Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque Marcelo José de Souza e Silva	“Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde”
08	Rev Saúde Pública/2013/47(4)/p .647-655	Rita Barradas Barata Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro Zilda Pereira da Silva	“Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde”

Número de Trabalhos Selecionados	Revista/Ano Número Volume/Página	Autor (a)	Título
09	Rev Saúde Pública/47 (4)/p. 781-790	Tatiane PluciennikDowbor Márcia Faria Westphal	“Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo”
10	Ciência & Saúde Coletiva/2012/p.100 1-1013	AntonioLuis Vicente Arreaza	“Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir”
11	Saúde Soc/2011/n.1/v.20/p. 32-40	Aurea Maria ZollnerIanni	“Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a saúde e Sociologia no Brasil”notas sobre a saúde e Sociologia no Brasil”
12	Acta Paul Enferm/2010/23 (6)/p.788-795	Patrícia Tavares dos Santos Maria Rita Bertolozzi Paula Hino	“Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente”
13	Cad. Saúde Pública/2009/25(2)p. 217-226	Ligia Maria Vieira da Silva Naomar de Almeida Filho	“Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos”
14	RevBrasEpidemiol/2008/11(1)/p.24-42	Aurea Maria ZollnerIanni	“Entre o biológico e o social. Um estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia 1990-2002”
15	Saúde Soc/2007/n.3/v.16/p. 26-34	Fabiola Zioni Márcia Faria Westphal	“O enfoque dos determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista da teoria social”

Número de Trabalhos Selecionados	Revista/Ano Número Volume/Página	Autor (a)	Título
16	Rev. Esc. Enf.USP/1990/24(1)/ p.163-167	Cilene Aparecida Costardi Ide Eliane Corrêa Chaves	“A questão da determinação do processo saúde-doença”

Pesquisa realizada em: Novembro de 2019.

Fonte: Elaboração própria