

DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

*Leticia Batista Silva
Rodriane de Oliveira Souza*

Por vezes a determinação social da saúde e os determinantes sociais da saúde têm se apresentado como sinônimos, entretanto, trata-se de duas concepções diferentes. Ao longo do texto, buscaremos apresentar alguns pontos de análise histórica e crítica dessas distintas perspectivas.

Como apontam Laurell (1982), Fleury-Teixeira (2009) e Breilh (2013), a expressão *determinação social da saúde* foi cunhada no contexto da Epidemiologia Latino-Americana dos anos 1970, no escopo dos debates sobre as reformas sanitárias, enquanto era construída uma crítica contundente ao modelo biologicista e se introduzia o debate crítico sobre a inter-relação entre desigualdade social, condições de vida e trabalho e processo de saúde-doença.

Na construção do campo da Epidemiologia Latino-Americana,¹ destacam-se pesquisas desenvolvidas pelo Centro de Estudos e Ação Social, de Quito, no Equador, e da Universidade Autônoma do México, na Cidade do México. Na tradição equatoriana, ressaltam-se os estudos de Jaime Breilh, responsável por introduzir ao campo da epidemiologia os sentidos críticos da determinação social, enquanto na perspectiva mexicana, ganhou notoriedade a produção de Asa Cristina Laurell (1982).

Breilh (2013) aponta que a epidemiologia, como toda ciência, é também campo de disputas, de assimetrias nas relações de poder e de interesses conflitantes, inclusive de classe. O autor assevera sobre o contexto histórico da época e o desenvolvimento conceitual da crítica ao modo de produção capitalista no campo da epidemiologia e sua relação com a saúde em sentidos sociais e econômicos ampliados.

Sob a influência social da década de 1970, foram criadas as condições para que vários núcleos de medicina social da América Latina se debruçassem sobre a relação entre a ordem social capitalista e a saúde, cenário em que nos foi possível propor direta e detalhadamente a uso da noção de determinação social da saúde em epidemiologia. Categoria que desenvolve uma crítica ao paradigma empírico-funcionalista da epidemiologia e propõe uma ferramenta para trabalhar a relação entre reprodução social, modos de viver e adoecer e morrer (BREILH, 2013, p. 14).

As elaborações de Breilh e de outros estudiosos do campo da epidemiologia crítica latino-americana provocaram o rompimento com a lógica da epidemiologia clássica e permanecem atuais no debate com os chamados determinantes sociais da saúde.

¹ Como assinalado por Breilh (2013, p. 14, tradução nossa): “O pensamento crítico latino-americano bebeu, na maioria dos casos, de duas fontes importantes do pensamento epidemiológico crítico: as ideias revolucionárias sobre a determinação de saúde para os personagens que inspiraram a luta anticolonial no século XVIII; e as obras revolucionárias da Europa do século XIX explicadas por Howard Waitzkin, em sua crítica à ‘medicina e saúde pública no fim do império’. Na América do Norte, o fio condutor de um raciocínio epidemiológico crítico do sistema social e integral se refletia em obras como as de Henry Sigerist, ou um pouco mais tarde nas de George Rosen.”

Já o embrião sobre a discussão em torno dos determinantes sociais da saúde surge com a reformulação do conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, quando esta definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não o limitando à apenas ausência de doença. Contudo, foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela entidade, na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão, que o conceito de determinantes sociais de saúde adquiriu notoriedade, sendo retomado em debates travados entre o final da década de 1990 e os anos 2000, momento em que o assunto *desigualdade social e saúde* passa a ser uma agenda mundial capitaneada pelos organismos internacionais, em especial a OMS, e indo ao encontro das movimentações em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CARVALHO, 2013; SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

No ano de 2005, a OMS funda a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), sendo seu objetivo promover, em âmbito internacional, o debate sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde das populações e sua relação com o combate às iniquidades em saúde (CDSS, 2008). No Brasil, no ano de 2006, também houve a criação de uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em 2010, a CDSS/OMS reafirma sua concepção acerca dos determinantes sociais da saúde e sua perspectiva no debate, compreendendo-o em

[...] uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde. A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera (CDSS, 2010, p. 1).

Embora a CDSS (2010) aponte a questão da desigualdade e sua relação com as condições de saúde dos mais pobres, não apresenta crítica ou responsabilidade ao modo de produção capitalista. Na verdade, essa perspectiva não aparece em momento algum, pois o termo desigualdades comparece apenas fazendo referência a *estruturas econômicas injustas* combinadas com políticas e programas *débeis*.

Ressaltamos que a questão central aqui é que, nessa lógica, a compreensão de determinante está focada no lugar ocupado pelo indivíduo na *hierarquia social* (CDSS, 2010), ou seja, não em uma discussão estrutural sobre a relação entre o modo de produção capitalista, suas bases fundantes e expressões, bem como sua relação com as condições de vida e o processo de saúde-doença.

Tanto a CDSS-OMS como a CNDSS partem do modelo de *influências em camadas*. Modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991) e reformulado por Diderichsen e Hallqvist (1998), sendo ainda, posteriormente, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001).

Neste texto, discutiremos mais detidamente o modelo base proposto e desenvolvido por Dahlgren e Whitehead que parte de alguns cruzamentos entre estratificação socioeconômica a partir dos eixos renda, escolaridade, gênero, cor da pele e habitação. Nesta

lógica, os resultados de saúde estão associados com a posição social ocupada por indivíduos e grupos. Assim, é a posição social que determina as condições de saúde dos indivíduos. Este modelo *em camadas* salienta a estratificação social estabelecida através do contexto social de indivíduos em posições sociais distintas. Nesse raciocínio, são considerados como uma das camadas os chamados comportamentos e estilos de vida do indivíduo, assim como as chamadas redes sociais e de apoio da comunidade, que representam, dependendo da capacidade de organização, o quanto determinado grau de coesão social e relações de solidariedade podem determinar a proteção da saúde em nível individual e coletivo. Há também a questão dos fatores que dizem respeito às condições de vida e de trabalho, acesso a alimentos, aos serviços essenciais, comparando aqui os diferentes graus de risco que emergem com a condição de pobreza. Há ainda a camada que se refere aos macrodeterminantes, dialogando com as condições econômicas, sociais, culturais e ambientais vigentes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ao observar a representação do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), também encontrada na publicação de Buss e Pellegrini Filho (2007), pode-se notar que os indivíduos, a partir de suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, estão na base. Na camada seguinte aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Na próxima camada a influência das redes comunitárias e de apoio. Na próxima estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Estando na última camada os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas. Esse modelo, porém, não explicita as mediações estabelecidas entre os níveis indicados e o fundamento das disparidades sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Com base nesse modelo, compreende-se os determinantes sociais da saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que, de algum modo, impactam no processo de saúde-doença. A análise autonomizada desses aspectos em relação às bases fundantes do modo de acumulação capitalista, esvaziada de historicidade, provoca uma interpretação fragmentada e reducionista da realidade, reiterando a lógica contida nos princípios positivistas do processo de saúde-doença, pois ao encobrir a essência da dinâmica social da qual deriva o adoecimento da população – e/ou seu agravamento –, faz com que os *problemas sociais e de saúde* sejam entendidos como exógenos ao capitalismo (BREILH, 2013; PEREIRA; SOUZA, 2017).

Tal abordagem contribui para a difusão da ideologia dominante e pode ser verificada nos discursos da OMS e nas normatizações do Sistema Único de saúde (SUS), por meio do Ministério da Saúde, como expressão da concepção gerencialista, cujo objetivo é apenas minimizar as consequências da desigualdade capitalista, caracterizando a sintonia com um ideário funcional ao projeto reformista da burguesia e à racionalidade instrumental (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013; TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009; CARVALHO, 2019).

Nesse sentido, apresenta-se como fundamental a retomada da questão da determinação social do processo saúde-doença como uma totalidade, não podendo se restringir a óticas biológicas, individuais ou mesmo subjetivas. Em termos da totalidade, o processo de saúde-doença é integrante de processos sociais mais amplos que se correlacionam. Trata-se, portanto, de se conceber a produção social da saúde, nos marcos do

capitalismo, como um processo dialético e contraditório vinculado estritamente às dimensões econômicas, sociais, culturais e políticas resultantes da expropriação dos meios de produção, da exploração da classe trabalhadora e das desigualdades.

Os modos de vida, de adoecimento e de morte assim como as formas de se obter saúde expressam, de maneira individual e coletiva, contradições e desigualdades. Sustenta-se, igualmente, que

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

Dito de outra forma, a determinação social do processo saúde doença aqui é entendida como a compreensão da totalidade do processo saúde-doença historicamente determinado pelas formas de produção e reprodução social. Toma-se a saúde como reflexo da contradição de classes, a partir dos embates entre interesses contraditórios no âmbito dos conflitos advindos da relação capital e trabalho (MOREIRA, 2013).

Em virtude dessas questões, não se pode desconsiderar a determinação social do processo saúde doença – categoria fulcral do projeto da Reforma Sanitária – e a exigência da análise de totalidade, ou seja, a problematização teórica e política do contexto atual de vida, trabalho e saúde da população usuária do Sistema Único de Saúde.

É essa categoria que explicita a saúde enquanto expressão da questão social, revelada pelas desigualdades sociais, que se apresentam por meio de desemprego, subemprego, precarização, ausência de moradia, abastecimento de água e saneamento básico inexistentes ou escassos, realidade que coexiste perversa e contraditoriamente.

Por fim, cabe chamar atenção para a adoção do conceito de determinantes sociais da saúde pelas(os) assistentes sociais. Carvalho (2019) considera que essa tendência pode se justificar pela dimensão interventiva do Serviço Social e, sobretudo, pela requisição de respostas – que evidenciam apenas o caráter técnico da profissão – aos aspectos presentes nos determinantes e condicionantes da saúde apregoados nas normativas e publicações do Ministério da Saúde, a partir da pauta dos organismos internacionais. Todavia, em função da perspectiva teórica que os conformam, se distanciam dos fundamentos do projeto ético-político do Serviço Social.

Essa apropriação indevida repercute diretamente na atuação profissional. A autora destaca que, dada a insuficiência teórico-metodológica para analisar a totalidade do contexto e das relações sociais, há uma tendência das(os) assistentes sociais caírem em uma *armadilha* que envolve o *possibilismo*, que ocorre ao intervirem nas demandas imediatas da população – derivadas da relação entre os fatores sociais e a doença – acreditando estar enfrentando a determinação social. Nesse sentido, as(os) assistentes sociais acabam se afastando das raízes do projeto ético-político profissional e do projeto da Reforma Sanitária dos anos de 1980. Nesta mesma direção, Pereira e Souza (2017) também consideram que a apropriação da abordagem contida nos determinantes sociais da saúde provoca intervenções residuais que

tão só atenuam os *problemas* existentes no âmbito privado, longe de alterar substancialmente as condições de vida, trabalho e saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín*, v. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>>. Acesso em 3 de nov. de 2022.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf>>. Acesso em 25 de out. de 2022.
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FIOCRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. v. 2, Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/8pmmy/pdf/noronha-9788581100166.pdf>>. Acesso em 5 de nov. de 2022.
- CARVALHO, G. A. Determinação social da saúde e Serviço Social: concepções que norteiam o trabalho do/a Assistente Social no atual contexto do SUS. 2019. 131f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Natal, RN, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/28721/1/Determinacaosocialsaude_Carvalho_2019.pdf>. Acesso em 7 de mar. de 2021.
- CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Lisboa: OMS, 2010. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf>. Acesso em 5 de nov. de 2022.
- CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/bwb4z/pdf/comissao-9788575415917.pdf>> Acesso em 5 de nov. de 2022.
- CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, abr. 2008. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em 5 de nov. de 2022.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>. Acesso em 8 de ago. de 2020.
- DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. The social basis of disparities in health. In: EVANS, T. *et al.* (Eds.) *Challenging inequities in health: From ethics to action*.

- Oxford: Oxford University Press, p. 12-23, 2001. Disponível em: <<https://academic.oup.com/book/26479>>. Acesso em 11 de ago. de 2020
- DIDERICHSEN, F.; HALLQVIST, J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: ARVE-PARÈS, B. (Ed.) *Inequality in Health: A Swedish Perspective*. Stockholm: Swedish Council for Social Research, p. 25-39, 1998.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-389, set./dez., 2009. Disponível em: <https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.33%2C+N.83+-+set&pesq=&x=91&y=22>. Acesso em 4 de set. de 2020.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *La salud-enfermedad como proceso social*. *Revista Latinoamericana de Salud*, Cidade do México, n. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: <<https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>>. Acesso em 4 de set. de 2020.
- MOREIRA, M. C. Determinação social da saúde: Fundamento teórico-conceitual da Reforma Sanitária brasileira. 2013, 145 f. Dissertação (Mestrado) na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2021. Disponível em: <<https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/555/1/452446.pdf>>. Acesso em 6 de set. de 2020.
- PEREIRA, J. B; SOUZA, D. O. A recente produção teórica em torno dos determinantes sociais da saúde. In: PAIVA, M. J. G. *et al.* (Org.). *Capitalismo, trabalho e política social*. São Paulo: Blucher, v. 2, p. 85-98, 2017. Disponível em: <<https://www.blucher.com.br/livro/detalhes/capitalismo-trabalho-e-politica-social-vol-2-1250>>. Acesso em 6 de jan. de 2020.
- SOUZA, D. O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 137, p. 174-191, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n137/0101-6628-ssoc-137-0174.pdf>>. Acesso em 6 de jan. de 2020.
- SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/06.pdf>>. Acesso em 6 de jan. de 2020.
- TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.33%2C+N.83+-+set&pesq=&x=80&y=16>. Acesso em 8 de fev. de 2021.