

Arêas Garbois, Júlia; Sodré, Francis; Dalbello-Araujo, Maristela
Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão
Saúde e Sociedade, vol. 23, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 1173-1182
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263656007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão¹

Social determinants of health: the “social” in question

Júlia Arêas Garbois

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (Capes) de Março de 2012 a Março de 2014.
E-mail: juliagarbois@hotmail.com

Francis Sodré

Assistente social, Doutora em Saúde Coletiva, professora do Departamento de Serviço Social e da Universidade Federal do Espírito Santo.
E-mail: francisodre@uol.com.br

Maristela Dalbello-Araujo

Psicóloga, Doutora em Psicologia, Professora da Universidade Federal do Espírito Santo.
E-mail: dalbello.araujo@gmail.com

Correspondência

Júlia Arêas Garbois

Rua Aristóbulo Barbosa Leão, n. 61, apto. 101, Jardim da Penha, CEP 29060-010, Vitória, ES, Brasil.

¹ Este artigo faz parte da dissertação de mestrado de Júlia Garbois “Para crítica ao campo dos determinantes sociais da saúde”, defendida em abril de 2014 junto ao Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES.

Resumo

Este artigo problematiza a visão sobre o “social” que subjaz a noção de determinantes sociais da saúde. Para isso, realizou-se um estudo exploratório, a partir de pesquisa bibliográfica em referenciais produzidos pelas ciências humanas, por meio de autores da sociologia contemporânea que refletem de forma crítica sobre como a ciência atual considera o “social”. O artigo inicia-se com uma caracterização geral do campo dos determinantes sociais da saúde, especialmente do ponto de vista político-científico. Logo em seguida, apresentam-se os elementos críticos, caracterizando caminhos sobre o pensamento dos autores supracitados. O estudo procurou destacar os reducionismos cada vez mais presentes na abordagem ao social no campo dos determinantes sociais da saúde. Tais reducionismos acabam por limitar uma leitura mais aprofundada sobre a complexidade da vida em sociedade e reforçam a mercantilização e banalização da vida. Santos (1988) observa que, frente a esses reducionismos, a ciência não pode ser somente a produção de um paradigma científico, mas um paradigma social - o paradigma de uma vida decente. O pensamento de Latour (2012) trouxe argumentos para repensar o “social” para além de um domínio específico e limitado da realidade, como algo sempre externo ao sujeito e à sua própria saúde. A visão fragmentada do campo dos determinantes sociais da saúde é o que colocamos em análise e produzimos questionamentos como forma de suscitar futuros debates sobre o tema em questão.

Palavras-chave: Iniquidade Social; Desigualdades em Saúde; Ciências Sociais; Saúde Coletiva.

Abstract

This article seeks to discuss the vision of the ‘social’ in the field called social determinants of health. For this, bibliographical research was conducted, based on references from the field of human sciences, by authors such as Latour (2012) and Santos (1988). It begins with a general characterization of the field of social determinants of health, especially political and scientific views. Then, it presents the critical elements characterizing paths on the thinking of these authors. The study sought to highlight reductionism increasingly present in the approach to the field of social determinants of health. These reductionisms that ultimately limit further reading about the complexity of life in society and reinforce the commodification and trivialization of life. Santos (1988) notes that, in front of these reductionism, science cannot be merely producing a scientific paradigm, but also a social paradigm - the paradigm of a decent life. The thinking of Latour (2012) brought arguments to rethink the ‘social’ beyond a specific and limited domain of reality, as something always external to the subject and to their own health. The fragmented view of the field of social determinants of health is what we put into analysis and make inquiries as a way to raise future discussions on the topic.

Keywords: Social Inequity; Health Inequalities; Social Sciences; Public Health.

Introdução

As mais recentes transformações advindas da atual fase de expansão capitalista, caracterizada pela globalização da economia, pelo avanço tecnológico e as suas consequências mais visíveis, como o aumento das desigualdades e injustiças sociais, vem reacendendo o debate em diversos setores da sociedade sobre a “questão social”. Particularmente na área da saúde, esse debate ocorre de forma crescente e conforma um campo de discussão acadêmico-política, que atualmente é conhecido por “determinantes sociais da saúde”.

Nesse sentido, vários autores trazem para o centro do debate algumas reflexões sobre o novo contexto político mundial em que essa temática reaparece. Villar (2007) contextualiza o reaparecimento do tema diante de um cenário mundial caracterizado pelo desgaste do modelo neoliberal, como resultado de uma priorização para o crescimento econômico em detrimento do desenvolvimento social. Para o autor, isso teria aumentado as tensões geradas pelas iniquidades em saúde, o que fez reaparecer a preocupação com a justiça social.

Nogueira (2009) nos traz uma visão mais abrangente desse novo contexto político-econômico internacional, que ele considera como tendência pós-neoliberal, bem distinto daquele vivenciado nos anos 80 e 90, no qual a contenção dos gastos forçava a criar pacotes de mínimos sociais, propostos pelas agências internacionais. Segundo esse autor, esse novo cenário, caracterizado pela superação do arrocho fiscal, fez com que tais agências reconhecessem e validassem um sentido mais amplo de proteção social a ser adotado pelos países, que buscavam não somente combater a pobreza absoluta, mas também as desigualdades sociais (ainda que numa concepção bastante estreita de desigualdade social).

Esse contexto pós-neoliberal das políticas propostas surge associado à tendência mundial de formação de blocos de países com integração de mercados, que repudia a desigualdade extrema, não apenas em razão da sua dimensão ética - da justiça social -, mas também pelo fato dela ser mascarada por interesses mercadológicos, na medida em que tal desigualdade impossibilita o acesso de certos grupos sociais à participação plena do novo mercado

integrado que começa a emergir (Nogueira, 2009).

É nesse contexto heterogêneo, incerto e multifacetado que este artigo problematiza o recente debate advindo do campo dos determinantes sociais da saúde, especialmente em relação à visão predominante sobre o “social”. Para isso, foi realizado um estudo exploratório, por meio de pesquisa bibliográfica em obras produzidas por dois autores específicos: Latour (2012) e Santos (1988). Estes distintos olhares teóricos apresentam-se para tornar possível a apropriação de elementos de análise, categorias e conceitos úteis para estabelecer a crítica que por ora propomos.

Incialmente, caracterizamos o campo dos determinantes sociais da saúde, em linhas gerais, especialmente do ponto de vista político-científico. Logo em seguida, trazemos a crítica a este campo, caracterizando duas abordagens de pensamento a partir dos autores supracitados. Duas categorias de análise foram essenciais para o estabelecimento dessa crítica: a ideia do social que precisa ser “reagregado” de Latour (2012) e a passagem de uma ciência do controle para uma ciência da compreensão defendida por Santos (1988).

Vale ressaltar que nos apropriamos do conceito de “campo” segundo o referencial produzido por Bourdieu (2004). Para este autor, o conceito de campo é entendido como um espaço particular e heterogêneo, no qual se manifestam as relações de poder através de uma infinável correlação de forças entre seus agentes na busca de sua conservação ou transformação, ou seja, é “[...] um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas” (Bourdieu, 2004, p. 20).

O campo dos determinantes sociais da saúde

A discussão sobre o “social” retoma lugar de destaque na agenda política do setor saúde quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria, em 2005, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) com o objetivo de promover, em âmbito internacional, um reconhecimento sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos, populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas

(Buss e Pellegrini-Filho, 2007).

Essa comissão foi incumbida de recolher, sistematizar e sintetizar evidências sobre os determinantes sociais e o seu impacto sobre as desigualdades na saúde, assim como de produzir recomendações para ação sobre os mesmos. Para ela, “os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países” (CDSS, 2010, p. 1).

Nesse sentido, em resposta ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde desencadeado pela OMS, em março de 2006 foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Estabelecida através de Decreto Presidencial, com um mandato de dois anos, a CNDSS trouxe para a agenda política brasileira a discussão, já iniciada, sobre a necessidade de intervir nos determinantes sociais na busca pela equidade em saúde (Brasil, 2006).

A CNDSS trabalhou com o conceito de saúde definido pela OMS e adotou como referência o modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead sobre os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2008). Nesse modelo conceitual, os determinantes sociais da saúde são abordados em diferentes camadas, desde aquelas que expressam as características individuais dos indivíduos, passando pelas que representam os seus comportamentos e estilos de vida individuais, até as camadas mais intermediárias, representadas pelas redes comunitárias e de apoio. Logo após estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos, finalizando pela camada que expressa os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, sociais e ambientais (Buss e Pellegrini-Filho, 2007).

Como veremos adiante, a opção política brasileira pela “importação” desse modelo conceitual implicará direta e intensamente na forma como será conduzida a produção de conhecimento científico neste campo. Ou seja, os estudos brasileiros sobre os determinantes sociais, em sua maioria, optarão por fragmentar o social em camadas, situações e/ou condições particulares. Dessa forma, o “social” será compreendido como algo estático, um “retrato”, ao qual seja possível recorrer para explicar o nível de saúde de indivíduos.

Em abril de 2008, a CNDSS, por meio da publicação do seu relatório final intitulado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”, recomenda que a atuação sobre os determinantes sociais deva ser baseada em três pilares fundamentais: ações intersetoriais que visem à melhoria da qualidade de vida e saúde; a participação social e a promoção da autonomia dos grupos mais vulneráveis da população; e a evidência científica, que incorpore a produção sistemática de informações e conhecimentos sobre as relações entre os determinantes sociais e a saúde, assim como a avaliação das intervenções produzidas (CNDSS, 2008).

O Brasil, por ser um dos países pioneiros na introdução desta temática em sua pauta política, sediou a “1ª Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde”, em outubro de 2011. A “Declaração Rio”, documento final desta conferência, destacou cinco áreas estratégicas para o alcance da equidade em saúde: melhorar a governança no campo da saúde e do desenvolvimento; fomentar a participação social na formulação e implementação das políticas públicas; promover a construção de sistemas de saúde orientados para a redução das iniquidades em saúde; fortalecer a governança e colaboração global para a saúde; e monitorar os avanços (OMS, 2011).

Algumas críticas têm sido dirigidas à abordagem feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação à forma como a temática dos determinantes sociais da saúde reaparece em seu discurso. Para Nogueira (2009), o contexto político-econômico internacional no qual ocorre a retomada do tema fez com que, no próprio relatório da OMS, a análise dos determinantes sociais da saúde ocorresse de forma reducionista e fragmentada. Esse debate foi apresentado e discutido no posicionamento da Associação Latino-Americana de Medicina Social e publicado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde no ano de 2011 (Cebes, 2011), solicitando que o conceito de determinantes sociais não fosse banalizado ou reduzido, mas que fosse lembrado que, por trás de todo reducionismo do conceito, estava uma clara ideia de mercantilização da vida.

Já Arellano e colaboradores (2008) discutem a insuficiência das recomendações da OMS em avançar na compreensão da origem dos problemas

relativos às iniquidades em saúde. Entre as várias limitações apontadas por estes autores no referido relatório destacamos:

- a redução do problema das desigualdades sociais a um problema distributivo, limitado ao plano da “melhoria das condições de vida” e do “repartir recursos”;
- a fragmentação da realidade social na análise da situação de saúde a fatores sociais, perdendo a sua dimensão de processos sócio-históricos;
- a ausência de uma reflexão e análise crítica sobre a desvalorização da vida e da saúde de populações, impostas pela fase atual de desenvolvimento do capitalismo, assim como um silêncio em relação aos problemas como as guerras e o genocídio, que causam mortes massivas e enorme sofrimento das populações (Arellano e col., 2008, p. 327-328).

Revisitando o cenário político atual em que se inserem os determinantes sociais da saúde, vale perguntar de que forma vem se configurando o campo de produção acadêmico-científica sobre o tema. No Brasil, essa produção de conhecimento científico ganha destaque no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva, campo que tem apresentado atualmente uma crescente quantidade de estudos que envolvem a relação dos determinantes sociais com as iniquidades em saúde. Em geral, esses estudos têm se caracterizado pela importância dada ao uso da evidência científica na abordagem ao tema.

Pellegrini Filho (2011) enfatiza essa ferramenta ao reforçar a sua capacidade em auxiliar na definição de políticas públicas intersetoriais, enfatizando as dificuldades na produção e utilização da evidência científica que fundamentam a ação sobre os determinantes sociais, como aquelas advindas do uso de estudos clínicos randomizados (considerados, segundo o autor, como as fontes mais confiáveis de evidência científica) para a avaliação de intervenções em comunidades. Esse autor afirma que se trata de um movimento novo que combina novas ferramentas, metodologias e abordagens capazes de imprimir uma nova característica à Saúde Pública.

Nessa ênfase dada à necessidade da evidência científica, nota-se o predomínio da abordagem epidemiológica no campo de produção de conhecimento sobre esta temática. Por essa perspectiva, os

determinantes sociais são abordados isoladamente, de acordo com o objetivo de cada estudo, segundo camadas/estratos (características demográficas, condições socioeconômicas, culturais e ambientais, redes de apoio social, condições de vida e trabalho, estilo de vida) e correlacionados com eventos de morbimortalidade entre distintos grupos sociais.

Frente a essa constatação, Nogueira (2010) afirma que o aparentemente novo campo de estudos sobre os determinantes sociais da saúde acaba por reproduzir e fortalecer a perspectiva positivista que norteia a epidemiologia tradicional. Para Tambellini e Schütz (2009), tal perspectiva deve ser entendida pelos caminhos construídos dentro dos limites estabelecidos pelo poder hegemônico nas sociedades ocidentais, que tornou os “determinantes sociais da saúde” equivalentes ao processo da “determinação social da saúde”, quando a grande maioria dos estudos acadêmicos justificou-se na importância de subsidiar as políticas públicas, por meio da realização de avaliações das condições sociais que determinam a saúde de certos grupos populacionais.

No entanto, Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) mostram a insuficiência desses estudos neste subsídio político, afirmando que “a impressão disseminada é que o amontoado de pesquisas empíricas vinculando as condições de saúde de grupos populacionais a determinantes sociais diversos não consegue atingir um significado mais ativo nos espaços de deliberação e decisão públicas” (p. 41). Neste sentido, a compreensão da “determinação social da saúde” caminha em uma direção de produção técnica e científica de projetos políticos contra-hegemônicos no cenário latino-americano e é marcada pela senda da emergência da Saúde Coletiva. Esta última perspectiva desenvolve a sua análise sobre a “determinação social da saúde” à luz de referenciais teóricos marxistas.

A partir dos autores citados anteriormente, nota-se que atualmente uma corrente contra-hegemônica vem sustentando a crítica sobre essa abordagem excessivamente casualística que impressa a esse campo, principalmente em afirmar a necessidade de se estimular a produção de conhecimento sobre o assunto por meio de outros processos de análise, a partir da contribuição de referenciais advindos das ciências sociais e humanas que tenham por base

uma teoria social da saúde (Nogueira, 2010).

Nesse sentido, levantamos elementos que consideramos essenciais para o aprofundamento da discussão sobre os determinantes sociais da saúde, no intuito de auxiliar o pensamento para além dos reducionismos que frequentemente vêm se imprimindo ao campo. Nossa objetivo é apresentar uma linha argumentativa que colabore com os estudos sobre o campo dos determinantes sociais da saúde.

Elementos para o debate sobre os determinantes sociais da saúde

No campo científico, o modelo de racionalidade - que preside de forma hegemônica a ciência moderna - tem sido questionado e criticado por muitos autores. Esse modelo, inicialmente desenvolvido no âmbito das ciências naturais (a partir da revolução científica do século XVI), tinha como principal característica a formulação de leis universais e estabeleceu um pressuposto teórico baseado na ideia de ordem e estabilidade do mundo. Mais tarde (a partir do século XIX) foi estendido para o domínio das ciências sociais, como um modelo igualmente possível para se descobrir as leis da sociedade. Ele possui como principais paradigmas: a separação total entre natureza e o ser humano e a centralidade da matemática na caracterização de uma investigação científica, resultando, então, na prioridade dada à quantificação, assim como na divisão e classificação de elementos (Santos, 1988).

Particularmente em relação ao domínio das ciências sociais, autores como Santos (1988) e Latour (2012) estabelecem críticas sustentadas que evidenciam a maneira pela qual este modelo de racionalidade, originário do campo das ciências naturais, também vem pautando de forma hegemônica os estudos sobre o social, assim como as consequências advindas dessa forma de abordagem.

Segundo Santos (1988) esse modelo foi introduzido no campo das ciências sociais a partir do pressuposto que os fenômenos sociais deveriam ser estudados da mesma maneira que os naturais, fazendo com que eles fossem concebidos como “coisas”. Para isso, seria necessário reduzi-los a suas dimensões mais externas, capazes de serem mensuradas. Latour (2012) afirma, no mesmo caminho, que

essa concepção conduz a uma chuva de fragmentos, alterando os modos de existência por meio de uma grande proliferação de objetos “de risco” que evidenciam que os laços sociais também se tornaram fragmentos nas mãos das organizações técnicas.

Os atuais estudos epidemiológicos no campo dos determinantes sociais da saúde são uma possível exemplificação da força desse pressuposto, na medida em que partem de recortes de fenômenos sociais que julgam passíveis de serem delimitados, isolados e quantificados, como por exemplo, quando elegem variáveis como os níveis de renda ou de escolaridade para caracterizar o fenômeno da desigualdade social.

Nesse sentido, Latour (2012) afirma que “não importa quanto difícil seja levar a cabo tais estudos, eles conseguem até certo ponto imitar o sucesso das ciências naturais quando se mostram tão objetivos quanto às outras disciplinas graças ao emprego de ferramentas quantitativas” (p. 21). Segundo Santos (1988), os limites desse tipo de conhecimento se encontram justamente em sua natureza quantitativa em que se busca, cada vez mais, uma maior precisão dos dados, a qual se mostra limitada justamente pela extrema e progressiva “parcelização do objeto”, que distorce o conhecimento do todo ao fragmentá-lo em tantas partes quanto sejam possíveis.

As palavras “social” e “natureza” costumavam ocultar dois projetos inteiramente distintos [...]: traçar conexões entre entidades improváveis e torná-las duradouras num todo até certo ponto consistente. O equívoco não está em tentar fazer duas coisas ao mesmo tempo - toda ciência é também um projeto político -, mas em sustar a primeira por causa da urgência da segunda (Latour, 2012, p. 368).

Latour (2012), ao desenvolver a sua crítica aos estudos da modernidade sobre o “social”, afirma que a racionalidade científica da modernidade julgou necessário distinguir e separar o domínio da sociologia de outros domínios, tais como a economia, o direito, a psicologia, a biologia, a geografia, entre outros. Dessa forma, a sociologia definiria e especificaria um domínio social da realidade como algo particular e diferencial dos demais. Nesta perspectiva racional, à sociologia caberia estudar o “social” como um “objeto” específico e diferenciado dos demais saberes, de forma que pudesse fornecer certo tipo de

explicação para as demais disciplinas daquilo que elas julgassem não ser de sua competência.

Assim, o “contexto” do social como uma dimensão “específica” da realidade poderia ser usado como um tipo de causalidade de forma a explicar aqueles aspectos “residuais” que as outras disciplinas não pudessem dar conta: “o social esclarecendo o social” (Latour, 2012, p. 20). Exemplificando, o direito, embora dotado de uma capacidade própria, seria mais compreensível se a ele fosse acrescentado um domínio social, assim como a psicologia, que recorreria a certos aspectos da influência social para explicar os motivos internos do indivíduo (Latour, 2012).

Essa visão restrita do social tornou-se senso comum, não apenas para os “leigos” no assunto, mas também no próprio âmbito das ciências sociais (Latour, 2012). E mesmo dentro desse senso comum, esse “fenômeno específico” recebeu os mais variados rótulos - “sociedade”, “prática social”, “estrutura social”, “ordem social” (Latour, 2012, p. 19) - a ser “escolhido” de acordo com o objetivo específico daquilo que se pretende analisar, evidenciando, inclusive, uma clara tendência etimológica do termo “social” que, como bem destacou o autor, foi adquirindo um significado não só cada vez mais variado e segmentado, mas também mais restrito:

A raiz é *seq-*, *sequi*, e a primeira acepção é “seguir”. O latim *socius* denota um companheiro, um associado. Nas diferentes línguas, a genealogia histórica da palavra “social” designa primeiro “seguir alguém” e depois “alistar” e “aliar-se a”, para finalmente exprimir “alguma coisa em comum”. Outra significação é “ter parte num empreendimento comercial”. “Social” como em “contrato social” é uma invenção de Rousseau. “Social” como em “problemas sociais” ou “questão social” é uma inovação do século 19 (Latour, 2012, p. 24).

O campo da saúde é um dos exemplos paradigmáticos dessa situação, a começar pela divisão das disciplinas no âmbito acadêmico, em que a sociologia é dada de modo paralelo e sem relação com as demais disciplinas, colocando-se o social como uma “dimensão externa” ao processo saúde-doença. O termo “determinantes sociais da saúde” explicita de forma bastante evidente a polaridade que se estabelece entre o “social” e a “saúde” quando se tenta procurar uma “explicação social” específica

para um fenômeno (saúde) que já é uma dimensão inseparável da totalidade social.

Outro exemplo evidente é o das chamadas “causas externas” (nomenclatura dada na área da saúde para denominar os acidentes e as mais variadas formas de violência), termo que já revela, por si só, como esses complexos fenômenos sociais se reduzem e aglutinam-se em uma mera categoria externa e descontextualizada ao setor saúde, na medida em que não se trata de problematizá-los como fenômenos intrínsecos à dinâmica da vida coletiva, expressão do modo de organização da sociedade (no qual a saúde é parte constitutiva), mas tão somente de reduzi-los a “fatores sociais” capazes de explicar o crescente aumento de mortes, mutilações e incapacidades dele decorrentes. E assim, o setor saúde coloca-se à margem da responsabilidade na busca de soluções para estas “causas”, já que se situam em um plano “externo” ao seu alcance. Além disso, essas duas exemplificações, comuns ao cotidiano daqueles que trabalham no “setor saúde”, evidenciam o conflito, a polaridade que se estabelece entre o “ser biológico” e o “ser social”, como se fossem seres distintos. É nessa lógica que um indivíduo portador de certas doenças específicas, além de ser “dissecado” pelas diversas especialidades médicas, é desconsiderado como aquele mesmo indivíduo que sofre violência familiar, que vive em condições precárias de vida e de trabalho, que depende das políticas de assistência social para viver. E assim, o ser, em toda a sua complexidade de existência, é “fatiado” em distintas dimensões: ser biológico - “investigado” por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, dentre outros profissionais de saúde; ser social, para os assistentes sociais; ser psicológico, para os psicólogos.

A crescente inclusão da assistência social aos serviços de saúde revela as insuficiências, tanto do setor como um todo, quanto das próprias equipes de saúde, em particular, para lidar com o “social”, já que é algo que sempre que diagnosticado deve ser encaminhado para outra instância, pois foge ao alcance das equipes de saúde. E aí, já que o setor saúde não consegue “dar conta do social”, começa, então, a recorrer a outros setores. Em outros termos, trata-se de unir o que foi disperso, de reagrupar o que foi desagregado, de socializar o que foi individualizado: a tão aclamada intersetorialidade, recomendada pela

grande maioria dos documentos técnicos e políticos do campo dos Determinantes Sociais da Saúde.

Porém, esse modelo de racionalidade - posto em questão na atualidade - não apenas fragmentou e externalizou o social, como também, e principalmente, enfatizou a ideia de que o social determinaria o individual, de forma que para se entender cada indivíduo fazia-se necessário - condição *sine qua non* - entender a lógica social externa a ele, sempre considerada mais “poderosa” ou maior que a vontade individual, em outros termos, trouxe o individual como mera reprodutibilidade das estruturas coletivas que o determinariam.

Frente a crise do paradigma moderno da racionalidade científica que fragmenta e dispersa o social, Latour (2012) e Santos (1988) apostam no crescimento de um novo paradigma. Este paradigma emergente se sustenta na condução de uma ciência que supere a ideia de um mundo controlado e manipulado para um mundo que seja compreendido. Um paradigma que afirme a necessidade de que os pressupostos metafísicos, culturais, os sistemas de crenças sejam parte integrante da explicação científica da natureza e da sociedade e que supere a dicotomia entre sujeito-objeto, observador-observado, natural-social, mente-matéria, coletivo-individual (Santos, 1988).

Latour (2012) sustenta a defesa de uma nova abordagem ao social que o compreenda como ponto de chegada, de convergência e não como ponto de partida. Abordagem esta que seja capaz de derrubar, antes de tudo, o pressuposto fundamental daquela abordagem dominante, ao afirmar que não há nada de específico na ordem social, que o social não deve ser compreendido como uma coisa particular ou como uma realidade específica. Esta abordagem trata de reagrupar, de redefinir e de restabelecer conexões e associações fornecidas por domínios específicos e heterogêneos da realidade social de modo a entender os fenômenos a partir das relações sociais estabelecidas. Isso requer incorporar, para além de métodos capazes de quantificar a realidade, aqueles métodos que possam se debruçar na compreensão da realidade subjetiva do “outro”, da vida em coletividade. Pressupõe, dessa forma, partir do aprofundamento da compreensão do senso comum - que a ciência moderna tanto repudia - já que ele

“reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma fiável e securizante” (Santos, 1988, p. 70).

Nessa abordagem, o social deixaria de ser usado como um objeto específico e externo ao campo da saúde de forma que o termo “determinantes sociais da saúde” vire uma redundância, o que significaria repensar e recompor saberes e práticas para além do caráter biomédico, setorial e especializado. Para se chegar a uma compreensão mais próxima do que seja o social é oportuno: retirar de vez a noção de saúde como um “dado”; desconstruir para reconstruir saberes, valores e práticas; incorporar definitivamente os conhecimentos advindos das ciências humanas e sociais, da antropologia, da história, entre outros. É uma compreensão mais próxima mas nunca “exata”, porque o social não é dado, mas é vivido, é dinâmico, é construído e transformado por cada um e por todos ao mesmo tempo.

Considerações finais

A entrada da OMS na arena de discussão e incentivo a políticas de combate às iniquidades sociais ocorre em uma conjuntura político-econômica específica, de caráter pós-neoliberal e de progressiva formação de mercados integrados, nos quais os interesses de expansão do capital se situam nas entrelinhas dos objetivos de promoção à justiça social. É nesse cenário político-econômico que ocorre a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, em 2005, pela OMS, de forma a retomar a discussão do “social” na análise e compreensão do processo saúde-doença, assim como para oficializar, dentro do discurso político mundial, o alerta para a necessidade de intervir nos mesmos para a superação das grandes iniquidades em saúde por eles geradas. Tal retomada agitou de forma bastante intensa o âmbito da produção de conhecimento científico sobre os determinantes sociais da saúde, com uma crescente priorização e ênfase na produção de estudos, em distintas abordagens, com o intuito de compreender e/ou explicar as relações estabelecidas entre o “social” e a “saúde”.

Nesse sentido, entendemos configurar-se o campo dos determinantes sociais da saúde, já que encontra longe de ser homogêneo, na medida em que revela os próprios conflitos de interesses entre seus agentes, em uma constante correlação de forças, na busca pela legitimidade. Segundo Bourdieu (2004, p. 22), “[...] a heteronomia de um campo manifesta-se, essencialmente, pelo fato de que os problemas exteriores, em especial os problemas políticos, aí se exprimem diretamente”. Nesse campo, o enfoque predominante na abordagem à determinação social da saúde, ao reduzir e fragmentar o dinâmico e complexo fenômeno social a “fatores sociais”, acaba por reproduzir a noção de saúde como um objeto externo ao sujeito e a dicotomizar, ainda mais, o individual e o social.

Acreditamos que a permanência dessa abordagem fragmentada do social, longe de mostrar avanços do ponto de vista acadêmico e político, apenas mantém e reproduz a lógica racionalista, tão cara aos grupos economicamente dominantes, aos interesses mundiais e à manutenção do *status quo*.

Pudemos refletir sobre o campo de produção do conhecimento e de práticas em saúde, de modo a problematizar o debate sobre o social, para além de indicadores, fatores e causalidades. Dessa forma, procuramos mostrar alguns reducionismos cada vez mais presentes na abordagem ao social. Reduccionismos que acabam por limitar a complexidade da vida em sociedade ao poder normatizador e medicalizante do modelo biomédico, localizando no corpo biológico, celular, individual, não só a origem, mas também a solução dos “problemas de saúde” e reforçando a mercantilização e banalização da vida.

Dos caminhos apontados por Santos (1988), escolhemos aquele que nos alerta para a modernização da ciência, uma suposta revolução científica que ocorre em nosso tempo, no atual tempo histórico. Santos (1988) observa que a ciência atual não pode ser somente a produção de um paradigma científico - o paradigma de um conhecimento prudente -, tem de ser também um paradigma social - o paradigma de uma vida decente.

Por outro lado, o pensamento de Latour (2012) trouxe argumentos para repensarmos o que enten-

demos atualmente como “social”. Para além de um domínio específico e limitado da realidade, como algo sempre externo ao sujeito e à sua própria saúde, o autor convoca a todos, especialistas de diferentes áreas disciplinares, a rediscuti-lo como uma realidade complexa e imanente a todos esses domínios e que, por isso, necessita da contribuição de cada saber para compreendê-lo num movimento convergente, de chegada, e não de “partida” (este termo entendido aqui em sua dupla significação: tanto como “ponto de início”, como no sentido de “fracionamento”, de “divisão”) - o que o autor denomina por uma tentativa de “reagregar o social”.

De nossa parte, insistimos que o “social” não é algo externo ao sujeito, à sua saúde e muito menos à Saúde Coletiva, mas sim algo que deve resgatar a base social que deu sustentação à sua própria constituição como um campo de saberes, práticas e valores historicamente construído, coletivamente transformado e comprometido com um mundo mais justo, menos desigual e, portanto, mais feliz.

Contribuição dos autores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONA, L. D. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, New York, v. 3, n. 4, p. 323-335, 2008. Disponível em: <<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>>. Acesso em: 29 set. 2012.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência*: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Unesp, 2004.

BRASIL. Decreto, de 13 março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>>. Acesso em: 26 set. 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CDSS - COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*: relatório final. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf>. Acesso em: 29 set. 2014.

CEBES - CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Tradu%C3%A7ao_Port_Cebes_com_logo.doc.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2014.

CNDSS - COMISSÃO NACIONAL PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 29 set. 2014.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 37-58.

LATOUR, B. *Reagregando o social*: uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: Edufba; Bauru: Edusc, 2012.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

NOGUEIRA, R. P. Apresentação. In: _____. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 7-12.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1>. Acesso em: 29 set. 2014.

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 135-140, 2011. Suplemento 2.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988.

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

VILLAR, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 7-13, 2007.

Recebido: 20/05/2013

Reapresentado: 16/01/2014

Aprovado: 05/05/2014