

de Oliveira Souza, Diego; Vicente da Silva, Sóstenes Ericson; de Oliveira Silva,
Neuzianne

Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”

Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 44-56

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263657006>

Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”

Social Determinants of Health: reflections from the origins of the “social issues”

Diego de Oliveira Souza

Enfermeiro. Mestre em Serviço Social. Docente do Curso de Enfermagem da UFAL/Campus Arapiraca.

Endereço: Av. Nossa Senhora de Fátima, n.145, Alto do Cruzeiro, CEP 57313-040, Arapiraca, AL, Brasil.

E-mail: enf_ufal_diego@hotmail.com

Sóstenes Ericson Vicente da Silva

Enfermeiro. Mestre em Serviço Social. Doutorando em Letras e Linguística pela UFAL. Docente do Curso de Enfermagem da UFAL/Campus Arapiraca.

Endereço: Av. Manoel Severino Barbosa, s/n, Bom Sucesso, CEP 57309-005, Arapiraca, AL, Brasil.

E-mail: sericsoni@hotmail.com

Neuzianne de Oliveira Silva

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFAL.

Endereço: Av. Nossa Senhora de Fátima, n.145, Alto do Cruzeiro, CEP 57313-040, Arapiraca, AL, Brasil.

E-mail: neu_o_silva@hotmail.com

Resumo

Neste artigo temos por objetivo analisar o que vem sendo denominado de determinantes sociais da saúde (DSS). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, na qual recorremos aos estudos de alguns autores que tratam o assunto, em uma tentativa de releitura a partir dos fundamentos marxistas. Em uma contraposição à teoria dos DSS, resgatamos as bases da “questão social” para demonstrarmos qual é a determinação essencial da problemática da saúde. Vimos que as abordagens teóricas sobre os DSS tratam os problemas sociais como se fossem fragmentos da realidade que ganham autonomia. Porém, na verdade, eles constituem uma questão una - a “questão social” - com sua base material (e também humano-social) imbricada no processo de trabalho tal qual ele é desenvolvido no capitalismo. Portanto, é no processo de acumulação capitalista que encontramos a determinação essencial para a problemática da saúde e, desse modo, a sua solução requer a dissolução da ordem societária burguesa.

Palavras-chave: Capitalismo; Desigualdades em saúde; Iniquidade social; Saúde.

Abstract

In this article we analyze what has been called the Social Determinants of Health (SDH). This is a literature review in which we turn to the some authors who deal on the subject in an attempt to reconsider the theme under the marxist theory. In contrast to the theory of SDH, we recovered the foundations of the “social issues”, seeking to demonstrate the essential determination of health issues. We have seen that the theoretical approach of the SDH deal with social problems as if they were fragments of reality that gain autonomy. Nevertheless, in reality they are a single question - the “social issues” - with its material origin (and also human and social) intertwined to the work process such as it is established under capitalism. Therefore, it is in the process of capital accumulation that we find the essential determination of health issues and hence its solution requires the dissolution of the bourgeois social order.

Keywords: Capitalism; Health Inequalities; Inequity social; Health.

Introdução

Neste artigo nos propomos a realizar uma discussão sobre o que vem sendo denominado de determinantes sociais da saúde (DSS), tendo em vista que a temática encontra-se em foco em diversos debates acadêmicos e políticos. Especialmente nos últimos vinte anos, observamos uma crescente tendência para a realização de estudos que abordam as relações entre saúde e fatores econômicos, sociais, ambientais etc., contrapondo a produção científica do século XIX e início do século XX, na qual a saúde era tratada, apenas, em seus aspectos biológicos.

Desse modo, diversos autores vêm se propondo a estudar os DSS (Alberto Pellegrini Filho, Paulo Marchiori Buss, Antonio Ivo de Carvalho, Anamaria Testa Tambellini e Margaret Whitehead, dentre outros), principalmente aqueles vinculados aos centros de pesquisa que colaboram com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e às diversas comissões de âmbito nacional. Aqui faremos nossa discussão por referências às contribuições teóricas de Whitehead, na Inglaterra, as quais possuem grande influência para as políticas de saúde em todo mundo. No caso brasileiro, temos a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde desde 2006.

De fato, até certo ponto, esses estudos trouxeram contribuições relevantes para a saúde. Porém, observamos que as discussões teóricas, em sua grande parte, encontram-se voltadas para as expressões imediatas da questão. A nosso ver, não se pode discutir o que vem sendo designado como DSS sem a discussão sobre a ordem societária vigente, em suas bases fundantes e dinâmica. A maioria desses estudos não leva em consideração que o modo de produção capitalista determina uma estrutura societária composta por duas classes antagônicas - burguesia e proletariado¹ -, na qual o trabalho é realizado com

¹ Cumpre salientar que nossa concepção de classes sociais vincula-se à perspectiva teórica marxista de corte lukacsiano, tendo por base a categoria trabalho enquanto fundante do ser social. Desse modo, compreendemos o proletariado enquanto a classe antagônica à burguesia, haja vista ser ela a responsável pelo intercâmbio orgânico com a natureza a partir do qual se produz a riqueza material usurpada pelos burgueses. Não desconsideramos a importância das classes sociais intermediárias (ou classes de transição, como designou Marx (2011) em *O 18 de Brumário de Luís Bonaparte*), haja vista estarem em contradição com o capital (pois também são exploradas, mas não configurando um antagonismo por, dentre outras razões, não estarem estabelecendo intercâmbio orgânico com a natureza). Consideramos, pois, que não existe uma ampliação do proletariado (no sentido de incorporar as atividades humanas situadas no âmbito do intercâmbio homem-homem); tal afirmação consistiria numa negação dos fundamentos ontológicos do trabalho, estabelecendo uma inversão entre o que faz parte do seu “ser-precisamente-assim” e o que é historicamente determinado pelas necessidades do capital. Por fim, as classes intermediárias originam-se da mercadorização da práxis humana, num processo de subordinação crescente do trabalho ao trabalho abstrato (indiferenciado, alienado, subsumido ao capital), persistindo, o trabalho, sendo o modelo primário da práxis humana, como afirma Lukács (1981). Para o aprofundamento dessa concepção, recomendamos a leitura de alguns autores marxistas contemporâneos, como Ivo Tonet, José Paulo Netto, Sergio Lessa, Gilmaisa Costa, Cristina Paniago etc.

base na exploração de uma classe sobre a outra. Desse modo, desconsideram que, nessas condições, o trabalho torna-se o motivo da riqueza de uns e da pobreza de muitos.

Acreditamos que só com o entendimento da lógica da sociedade capitalista é que poderemos compreender os desdobramentos desta sociedade para a problemática da saúde. Ao contrário, a discussão torna-se rasa, imediata, superficial. Não adianta intervir na “ponta” (nas consequências) de um (determinado) problema conservando sua “base”. Em outras palavras, as conclusões trazidas por tais estudos apontam para a tendência de que a única coisa que pode ser feita é a reparação/amenização dos danos gestados na sociedade capitalista, como se o capital fosse passível de qualquer tipo de “controle” ou “freio”.

É evidente que existe relação entre os problemas sociais e a saúde. Mas os estudos precisam avançar para a discussão de como se constituem as mazelas sociais, rompendo com a aceitação - imposta ideologicamente - da forma de organização da sociedade burguesa e contribuindo para uma nova proposta social. Apenas com a reflexão crítica sobre a ordem societária em que vivemos é que se construirá a base para uma sociedade emancipada do caráter destrutivo do capital - e de seus desdobramentos para a saúde.

Desse modo, supomos que a temática deve ser tratada em outra perspectiva teórica. Por assim dizer, deve ser tratada em uma perspectiva crítica. Nesse sentido, apresentamos este artigo com o objetivo de analisar as contribuições teóricas sobre os DSS. Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica, recorrendo ao estudo dos principais autores que tratam do assunto, na tentativa de fazer uma releitura a partir dos fundamentos marxistas, resgatando, principalmente, “as raízes materiais e humano-sociais” da “questão social”².

A Concepção de Determinantes Sociais da Saúde

Inicialmente, devemos ressaltar que a teoria sobre determinantes sociais da saúde (DSS) ganhou especial importância apenas recentemente, mas precisamente no século XX, a partir do momento em que as ciências da saúde começam a ser entendidas como essencialmente sociais. Até meados do século XIX predominava a teoria miasmática, que explicava as mudanças sociais e práticas de saúde observadas até aquele momento histórico, mas nas últimas décadas daquele século o trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur firmou um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença.

A partir desse novo paradigma, predominou a concepção de que a saúde e a doença deveriam ser pesquisadas em laboratório, além do desenvolvimento de práticas de saúde centradas em doenças específicas, concepção marcada historicamente pela escolha da Universidade Johns Hopkins para a criação da primeira escola de saúde pública dos Estados Unidos. (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Sendo assim, prevaleceu o conceito de saúde estritamente biológico, estreitando o foco da saúde pública, esvaziando-a de seu conteúdo sociopolítico. E é preciso frisar 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 o país e internacionalmente.” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 79).

O enfoque biológico avançou ao século XX, porém iniciava-se certo conflito entre essa concepção e o enfoque social, especialmente com o advento das contribuições dos teóricos da medicina social (Villerme, Virchow, Snow etc.). Diante da tensão entre essas ideias, a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, representou um marco para uma nova concepção de saúde, para além de um enfoque centrado na doença. No entanto, a grande onda de campanhas de vacinação contra certas epidemias

² A expressão “raízes materiais e humano-sociais” foi primeiramente utilizada por Edlene Pimentel em sua obra *Uma “nova questão social”? Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje*. Maceió: Edufal, 2007.

³ Utilizamos o termo “questão social” entre aspas por compreender que tal expressão “não é semanticamente unívoca; ao contrário, registram-se em torno dela compreensões diferenciadas e atribuições de sentido muito diversas” (Netto, 2001, p. 41).

sustentava o sucesso do enfoque bacteriológico naquela primeira metade de século. É apenas com a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que a discussão sobre os DSS ganha notoriedade, mas voltando a recuar na década de 1980 - devido a uma concepção de assistência médica individual, tendo a saúde como um bem privado - e retornando na década de 1990, como discussão imprescindível para o alcance da saúde de todos (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Nesse sentido, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde apresenta a seguinte definição para os DSS: “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 78). Em suma: são as condições sociais de vida e trabalho dos indivíduos.

Observamos que, apesar de não se questionar - ou questionar de modo insuficiente - o modo de produção econômica que sustenta uma ordem societária destrutiva para a saúde dos indivíduos, apesar de se utilizar o enfoque social para propor ações de saúde fragmentadas - via políticas sociais - e de caráter reformista, a busca por uma concepção de saúde que não seja meramente biológica permite, ao menos, um espaço de discussão sob perspectivas teóricas mais amplas.

Um dos aspectos que merece ser destacado nos estudos sobre os DSS consiste em considerar que alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não se aplicam aos diferentes grupos/comunidades de uma sociedade, uma vez que as “diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores [...] as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 81).

Por conseguinte, as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas por fatores biológicos; pelo contrário, as diferenças de saúde parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo. Nesse sentido, para Whitehead (2000)

a investigação dos fatores individuais é importante para a identificação dos indivíduos mais vulneráveis dentro de um grupo. Porém, são as desigualdades sociais entre classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde.

As iniquidades em saúde consistem no principal aspecto estudado quando se trata de DSS. Podemos identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde: a primeira buscava descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda dedicava-se ao estudo dos gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual dedica-se a responder como a estratificação social, no dizer de Adler, “entra” no corpo humano, ou seja, investigar os mecanismos de produção das iniquidades em saúde (Adler, 2006 apud Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Assim, existem diversas abordagens que tentam explicar os mecanismos que produzem as iniquidades, com destaque para: 1) o enfoque nos aspectos físicos e materiais, considerando que as diferenças de renda influenciam a saúde devido à escassez de recursos dos indivíduos e à falta de infraestrutura comunitária; 2) o enfoque nos aspectos psicossociais, que leva em conta que os indivíduos percebem as desigualdades sociais por mecanismos psicobiológicos diferentes, a partir de suas diferentes experiências; 3) o enfoque nos multiníveis, buscando integrar os aspectos pessoais e grupais, sociais e biológicos em uma interação dinâmica, histórica e ecológica; 4) o enfoque que busca analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o processo de associação entre indivíduos e grupos, trabalhando em torno da coesão social, solidariedade e confiança entre as pessoas, no que alguns autores chamam de “capital social” (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Antes de prosseguirmos com a discussão, a menção à expressão “capital social” no parágrafo acima exige que façamos uma breve análise. Tal expressão é utilizada, no contexto dos estudos das iniquidades em saúde, para representar a busca por uma sociedade solidária (tal qual fazem autores como Wilkinson, Marmot e Stansfeld), atribuindo ao capital (em torno do qual se constitui o modo de produção capitalista) uma característica que, ver-

dadeiramente, ele não possui. Logo, a partir dessa abordagem teórica, podemos ser levados a crer que há a possibilidade de existir coesão social diante do capital. Isso é extremamente contraditório. Primeiro, definitivamente o capital não é solidário e não promove coesão. Pelo contrário, ele é destrutivo, provedor de desigualdades e fragmentação social - para seu sistema operar se faz necessário o conflito entre classes, no qual uma enriquece por meio da exploração do trabalho da outra. Ademais, o significado adotado para a expressão não representa o mesmo que Marx adota sobre capital social em suas análises. Portanto:

Os numerosos capitais individuais aplicados em determinado ramo da produção têm entre si composição mais ou menos diferenciada. A média de suas composições individuais dá-nos a composição do capital global desse ramo da produção. Por fim, a média global das composições médias de todos os ramos da produção dá-nos a composição do capital social de um país [...] O crescimento do capital social realiza-se no crescimento de muitos capitais individuais (Marx, 1996, p. 245- 255).

Diante disso, emergem duas prováveis conclusões sobre os autores que conduzem esses estudos: existe um completo desconhecimento sobre a natureza do capital e sobre o modo como opera seu sistema; ou há um ocultamento proposital e necessário sobre a essência do capital, fortalecendo o domínio ideológico burguês em uma tentativa de nos conduzir à compreensão distorcida da realidade.

Retornando ao estudo sobre iniquidades, constatamos que, na tentativa de esquematizar as relações entre os diversos fatores analisados nos diferentes enfoques sobre o tema, alguns modelos foram criados levando em consideração, principalmente, os DSS. Dentre esses, o modelo de Diderichsen e Hallqvist - elaborado em 1998 e adaptado em 2001 por Diderichsen, Evan e Whitehead - descreve, em linhas gerais, que a posição social do indivíduo é determinada por um dado contexto social, que, por sua vez, provoca diferenciais de saúde, como exposição diferente a riscos diferentes e, considerando que cada indivíduo, uma vez tendo sido exposto, possui uma vulnerabilidade e uma reação específica a esses riscos, as consequências sociais e físicas

serão diferentes ao se contrair uma doença (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Outro modelo que demonstra a interação entre sociedade e saúde é o de Dahlgren e Whitehead, no qual os DSS são dispostos em camadas: na camada central estão os fatores individuais (sexo, idade, genética etc.); na camada imediatamente externa encontram-se os hábitos e comportamentos (que de certo modo são considerados DSS por serem diretamente influenciados pelas condições sociais); nas duas camadas seguintes estão os DSS, na qual a mais interna representa a influência das redes comunitárias e da solidariedade social (coesão social) e a mais externa representa as condições de vida e trabalho. Na última camada são apresentados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais, e que possui forte influência sobre as demais camadas. Contudo, o modelo não explica com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Em outro estudo, Whitehead (2000) estabelece sete princípios para o desenvolvimento das diferenças em saúde: 1) variação biológica; 2) a adoção de hábitos, costumes e práticas saudáveis; 3) o fato de certos grupos perceberem e adotarem primeiro alguns hábitos considerados saudáveis, porém, posteriormente, esses hábitos serão adotados pelos demais grupos sem impedimentos; 4) a adoção de hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde devido à restrição de alternativas; 5) exposição a riscos no ambiente de trabalho; 6) acesso inadequado aos serviços essenciais de saúde e a outros serviços públicos; 7) a tendência dos problemas de saúde causarem efeitos mais severos nos indivíduos de classes sociais desfavorecidas.

Ainda segundo a mesma autora, a interação e a sobreposição dos diversos fatores mencionados podem produzir diferenças de saúde ainda maiores. Entretanto são os macrodeterminantes sociais e econômicos os mais significativos para as iniquidades, visto que, definitivamente, os fatores biológicos são os menos decisivos para a situação de saúde dos indivíduos de classes sociais desfavorecidas.

Nessa perspectiva, também é analisado um importante fenômeno econômico (político e cultural): a globalização, enfatizando sua relação com a pobreza

e a saúde. Sendo assim, Buss (2007) afirma que a globalização é um processo que ultrapassa a esfera econômica, sendo também social e cultural que vem apresentando para o mundo, desde as últimas três décadas do século XX, elementos inéditos, como a consolidação de um mercado efetivamente mundial (regulado pela Organização Mundial do Comércio - OMC); a transnacionalização das empresas; a eliminação das fronteiras para a circulação do capital; a privatização da economia e o Estado mínimo; a queda de barreiras protecionistas no mercado; a facilidade de trânsito de pessoas e mercadorias entre os países; e o surgimento da “sociedade da informação”, ampliando-se as possibilidades de comunicação, principalmente pelo advento da internet.

O mesmo autor faz uma crítica ao fenômeno em questão, relatando que a aproximação entre economias e culturas desiguais restringiu as políticas territoriais de Estado à resolução das dificuldades no âmbito das atividades transnacionais, tendo inclusive a Comissão Mundial sobre Dimensões Sociais da Globalização afirmado que

o processo de globalização atual está produzindo resultados desiguais entre os países e no interior dos mesmos. Está criando riquezas, mas são demais os países e as pessoas que não participam dos benefícios [...]. Mesmo nos países com bons resultados econômicos muitos trabalhadores e comunidades têm sido prejudicados pelo processo de globalização. (International Labour Organization, 2004 apud Buss, 2007, p. 1576, grifo na obra).

Diante dessa análise, conclui-se o que parece óbvio: são os países ricos os beneficiados com a globalização e o livre comércio não resolve o problema da pobreza no mundo. Ao contrário:

As dívidas externa e interna, o protecionismo à indústria e à agricultura por parte dos países mais ricos e as barreiras comerciais aos produtos primários e manufaturados da cesta de exportação dos países em desenvolvimento estão na raiz de uma imensa crise fiscal que os países pobres enfrentam. [...] Em consequência, os programas de combate à pobreza e outros programas sociais de muitos dos países em desenvolvimento acabam desfinanciados e ineficazes (Buss, 2007, p. 1577).

De fato, a globalização gera ainda mais pobreza

e isso é reconhecido pelos autores de diversas perspectivas teóricas. A diferença de riqueza material entre as pessoas se reflete nos indicadores de saúde, por exemplo: em 2001 a mortalidade de crianças menores de 5 anos era 2,2 vezes mais alta no quintil mais pobre do que no quintil mais rico da população mundial; a desnutrição em mulheres era 1,9 vezes mais elevada nos pobres; e a proporção de crianças com atraso no crescimento era 3,2 vezes mais alta (Buss, 2007).

Na França um professor universitário de 35 anos de idade tem 9 anos a mais na expectativa de vida do que um operário da mesma idade; na Hungria os habitantes dos bairros pobres de Budapeste tem 4 anos a menos na expectativa de vida do que a média nacional e 5,5 anos a menos do que os que moram nos bairros desenvolvidos e; na Espanha há a taxa de mortalidade infantil entre os recém-natos das famílias de trabalhadores rurais 2 vezes maior do que a das famílias de profissionais especializados (Whitehead, 2000).

Em se tratando de Brasil, “a mortalidade infantil está relacionada com a renda das famílias, o nível de educação da mãe, as condições do domicílio, o local em que vive e a situação social da família da criança ...”, a mortalidade infantil é de 35 por mil nascidos vivos entre os pobres contra 16 entre os ricos, e de 40 entre as mães com menos de 3 anos de estudo e 17 naquelas com mais de 8 anos (Buss, 2007, p. 1579).

Mas existem outros desdobramentos desse fenômeno. Os autores fazem menção ao turismo sexual, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças mentais, às guerras e aos conflitos civis, à violência, ao uso de drogas e aos problemas ambientais. Apesar de trazerem alguns dados que contribuem para uma análise crítica, essa problemática vem sendo estudada atrelando sua raiz à [des]organização política e aos empecilhos ao desenvolvimento econômico nos países periféricos, como observado na citação a seguir.

Há um grave déficit democrático nos próprios fundamentos do sistema. A maioria dos países em desenvolvimento segue tendo pouca influência nas negociações globais sobre as regras e na determinação das políticas das instituições financeiras e econômicas chaves, como demonstrou recentemente, por exem-

plo, o fracasso da Rodada de Doha da Organização Mundial do Comércio (Buss, 2007, p. 1576).

Além disso, ainda segundo Buss (2007, p. 1578, grifo na obra), “a baixa qualidade da política e da *governance* de muitos governos de países em desenvolvimento é causa de desperdício de recursos e de ineficácia e ineficiência das iniciativas de proteção ao ambiente e de promoção, prevenção e assistência à saúde, quando elas existem.”

Aqui, novamente, parece existir um desconhecimento sobre a real estrutura econômica ou uma tentativa de ocultá-la. Na análise apresentada acima, toma-se a globalização como um período isolado e a-histórico, sem qualquer menção ao que esse fenômeno exprime. Todavia, sabemos que a globalização representa o resultado proporcionado por uma ideologia política - o neoliberalismo - convocada para sustentar um período específico da história capitalista, consistindo numa reorganização da relação Estado-economia de forma mais adequada aos atuais interesses do capital, na perpetuação de sua expansão e de modo a romper todas as fronteiras que lhe possam ser impostas.

Nesse sentido, o capital recorre ao aporte teórico de um conjunto de ideias que foram designadas de neoliberalismo. A ideologia neoliberal surgiu enquanto uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar social. Foi teorizada pelo economista austríaco Frederick Hayek, que considerava a intervenção do Estado como uma ameaça letal à liberdade econômica e política, impedindo a realização da prosperidade de todos (Teixeira, 1998).

Essa ideologia trata de romper com as restrições sociopolíticas que limitam a liberdade do capital: o primeiro passo diz respeito à intervenção do Estado, que foi demonizado pelos neoliberais, já que o próprio mercado seria capaz de regular a economia, não necessitando de intervenções estatais. Seguiu-se com a redução e privatização do sistema de segurança social e com uma reforma econômica, retirando do controle estatal empresas e complexos industriais inteiros, integrando à iniciativa privada a exploração dos setores que antes eram públicos. Na verdade, essa ideologia mostra-se profundamente contraditória, visto que o capital sempre demanda uma intervenção do Estado, e isso é perceptível

nos privilégios dados aos monopólios (incentivos fiscais, acesso a setores públicos estratégicos etc.). O Estado é minimizado apenas no tocante à classe trabalhadora, no atendimento de seus direitos sociais (Teixeira, 1998).

Sabemos que uma das principais consequências do desenvolvimento capitalista para a sociedade foi o aprofundamento da desigualdade social, enquanto resultado da ampliação da produção de riqueza e desigual apropriação da mesma. Essa desigualdade é então impulsionada pela ideologia neoliberal, que passou a nortear o sistema capitalista a partir da década de 1970, revigorando-se com a queda do “socialismo real”, em fins da década de 1980. De lá para cá vem se consolidando historicamente (Anderson, 1995).

Desse modo, os grandes monopólios empresariais não possuem limites para sua expansão, invadem os países economicamente periféricos (onde encontram condições favoráveis para a exploração das riquezas naturais e dos trabalhadores) e tornando-se indústrias mundiais. Em outras palavras, ocorre o processo de mundialização/globalização do capital e de sua ideologia. Portanto, não se trata de um momento isolado, trata-se de uma planejada e pensada adequação política para a manutenção da base material da sociedade; trata-se de garantir as melhores condições para a acumulação e expansão de capital, sempre crescentes.

Observa-se, portanto, que os impactos da pobreza sobre a saúde constituem objeto de análise de estudiosos referendados pela academia. Para explicar a condição de desigualdade social, tais autores sustentam suas conclusões - ora explicitamente, ora de forma subjacente aos argumentos levantados - na falta de investimento em infraestrutura, modernização das forças produtivas e inabilitades dos Estados em prover as condições para o desenvolvimento científico, tecnológico, econômico e social - principalmente nos países periféricos.

A nosso ver, tais conclusões devem ser refutadas, basicamente por três razões. Primeiro, trata-se de constatações fundamentadas nos princípios ideológicos dominantes, compatíveis com a estrutura econômica atual, ou seja, são conclusões revestidas (e determinadas) pela imposição das ideias sustentadoras da manutenção/reprodução do trabalho ba-

seado na exploração do homem pelo homem. Assim, a discussão se desenvolve ignorando (ou aceitando) o principal aspecto da estrutura societária em que vivemos: a usurpação do que foi produzido pelo trabalhador como sendo o fator imprescindível para a “sobrevivência” do sistema do capital. Ou seja, a produção da mais-valia como a mola mestra do capitalismo – e o trabalho nessas condições possibilita uma desigualdade sempre crescente. Nesse sentido, impulsionar o desenvolvimento econômico (incluindo-se aí o desenvolvimento tecnológico e científico a serviço do econômico) significa impulsionar a expansão e acumulação capitalista; significa promover o enriquecimento de uma classe e a pauperização de outra e, por assim dizer, permitir a desigualdade social.

Logo, o que é proposto por tais estudiosos como solução para, ao menos, reduzir as iniquidades em saúde, representa justamente os requisitos para a reprodução da estrutura societária na qual se gesta cada vez mais desigualdade – contudo, o poder da ideologia dominante é responsável por aceitarmos o contrário como verdade, já que estamos diante de classes sociais e da dominação de uma classe por outra. Face à exploração do trabalho, a classe exploradora só poderá manter seus privilégios se dominar a classe explorada e, portanto, se dispuser de instrumentos para essa dominação. Dentre esses instrumentos, temos a ideologia. E ela consiste no processo pelo qual as ideias da classe dominante se tornam as ideias de todos, por assim dizer, tornam-se ideias dominantes (Chauí, 2001).

A segunda razão é responsável por sustentar e fomentar a dominação ideológica: trata-se dos caminhos teórico-metodológicos adotados na produção do conhecimento científico e que, hoje, fundamentam as interpretações sobre a sociedade atual. A ciência moderna se baseia no seguinte argumento: o mundo transformou-se consideravelmente no último século, “surgiram inúmeros novos grupos sociais que deslocaram as classes de seu papel central” (Tonet, 2004, p. 2), não há luta de classes e a categoria trabalho perdeu a condição de centralidade. Além disso, o conhecimento da sociedade a partir de um ponto central não pode mais dar conta do fluxo dinâmico e complexo da vida social (Bruni, 1988 apud Tonet, 2004).

Porém, esses argumentos tomam como verdade a realidade como ela se apresenta e não como ela é.

A afirmação sobre a diferença radical entre o mundo do século XIX e o mundo do século XX toma como ponto de partida e critério de verdade o movimento fenomênico da realidade. Esta forma de pensar é coerente dentro de uma tradição empirista, porém esta não constitui a forma universal da racionalidade, mas *uma* forma particular. Acontece que o empirismo rejeita, entre outras, uma categoria que, numa outra perspectiva, é absolutamente decisiva tanto do ponto de vista ontológico como gnosiológico. Trata-se da categoria da substância. Para ele – empirismo – substância não passa de especulação metafísica: o que existe são apenas dados empíricos e o trabalho científico consiste em sistematizá-los para daí extrair as suas regularidades, que configuram as leis. Ontem, como hoje, esta forma de fazer ciência tem como objetivo dizer como as coisas funcionam e não o que as coisas são (Tonet, 2004, p. 4, grifo da obra).

O referido autor afirma ainda que existe outra perspectiva que recorre à essência dos fenômenos:

Contudo, numa perspectiva ontológica, a categoria substância, que não é concebida como algo fixo e imutável, mas histórico, é decisiva. A análise do processo de entificação do ser social, a partir do ato fundante do trabalho, mostra que a substância, a essência, a condição de possibilidade de todos os fenômenos que constituem o ser social é a práxis humana que, em última análise, resulta sempre da relação entre subjetividade e objetividade (Tonet, 2004, p. 4).

Desse modo, a científicidade moderna – baseada no positivismo e nas suas derivantes – nunca teve a categoria totalidade como central, ao contrário, “sua tônica consistia exatamente em tratar cada parte da realidade social como algo autônomo” (Tonet, 2004, p. 5). Ou seja, o esforço do trabalho científico moderno é para “compreender o mundo escondendo o essencial e revelando apenas sua aparência [...] convém, porém, enfatizar que, para uma perspectiva ontológica, as aparências não são mais que meros epifenômenos, coisas sem importância, trivialidades” (Tonet, 2004, p. 5).

Portanto, qualquer conclusão obtida por métodos

que desconsideram a busca pela essência está, na quase totalidade das vezes, fadada a contribuir exclusivamente para a produção e reprodução do capital, ou seja, está a serviço da ideologia dominante.

A terceira e última razão - considerada a principal no tocante à discussão em torno dos DSS - consiste no fato de que a real gênese das mazelas sociais é omitida nas discussões. A análise realizada nos estudos sobre a temática detém-se a um conjunto de fatores como se estes fossem a-históricos, fenômenos isolados e desconsiderando que foram gestados ou, pelo menos, impulsionados no modo de produção capitalista. O que se designa por determinantes sociais, para nós trata-se de expressões da “questão social” - ou de desdobramentos dessas - e, por tal motivo, a ênfase do estudo filosófico e científico em busca da saúde para além dos aspectos biológicos deveria debruçar-se sobre sua base (raiz) material, como a disparadora dos problemas sociais enfrentados pela classe trabalhadora, em suas diversas implicações para a saúde. E é sobre isso que tratamos a partir daqui.

A Determinação Essencial da Problemática da Saúde-Doença: a “Questão Social”

Diante do que já foi posto sobre as supostas determinações sociais da saúde, atingimos o momento em que se faz necessário analisar tais concepções diante de seu processo constitutivo sociohistórico determinado. Desse modo, buscamos desvelar os aspectos fundamentais da “questão social”, almejando estabelecer o que, a nosso ver, trata-se da determinação essencial para a problemática da saúde-doença, face às imposições do sistema do capital.

Observamos que a expressão “questão social” tem história recente, tendo sido utilizada inicialmente por volta da terceira década do século XIX, em decorrência dos impactos gerados pela primeira onda industrializante iniciada no século XVIII. A expressão surge para denominar o fenômeno que assolava a Europa ocidental: o pauperismo - e seus desdobramentos (Netto, 2001).

Para os mais lúcidos observadores da época, independentemente de suas perspectivas teóricas, tornou-se claro que se tratava de uma nova

pobreza. Tratava-se de um fenômeno estritamente contraditório, já que “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas”. (Netto, 2001, p. 42, grifo na obra). Quanto mais desenvolviam-se as forças produtivas, mais aumentava o contingente daqueles que, além de não ter acesso ao que era produzido, “viam-se despossuídos das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente” (Netto, 2001, p. 42).

Dentre os diversos autores que estudam a “questão social”, Edlene Pimentel, ao tratar do sistema de causalidades do pauperismo, resgata de modo pertinente a lei geral de acumulação capitalista. Pimentel (2007) destaca, inicialmente, que mantida a composição constante do capital no processo de acumulação capitalista há uma crescente demanda por força de trabalho, já que “uma parcela da mais-valia transformada em capital adicional precisa ser sempre retransformada em capital variável ou fundo adicional de trabalho” (Marx, 1996, p. 246).

Ou seja, no momento em que está ocorrendo a consolidação do capitalismo industrial, uma condição essencial é o crescimento do capital variável - aquela parte do capital que adquire valor no processo de produção por meio da capitalização da mais-valia e que servirá para a compra da força de trabalho por meio do pagamento dos salários. Nesse momento inicial, como resultante do aumento da demanda por força de trabalho, temos uma elevação dos salários. Porém, seu aumento expressa tão somente a diminuição da quantidade de trabalho não pago que o trabalhador tem de realizar e essa diminuição jamais poderá se tornar uma ameaça ao próprio sistema. Quando isso ocorre, a acumulação afrouxa devido ao preço crescente do trabalho, de forma a sempre garantir lucro.

No entanto, a situação acima descrita acontece apenas em um momento inicial, isso por que o processo de acumulação ultrapassa essa fase - na qual temos constância na composição técnica do capital (determinada pela relação entre capital constante e capital variável). O capital exige uma produtividade crescente, ou seja, uma quantidade maior de meios de produção que um trabalhador individual é capaz de transformar em produto no mesmo período de tempo. Portanto, a massa de meios de produção

cresce com a produtividade do trabalho, enquanto a força de trabalho é incorporada numa menor proporção - é importante ressaltar que a força de trabalho continua a crescer em termos absolutos. Trata-se da lei do crescente aumento da parte constante do capital em relação à parte variável. Essa situação reflete-se em valor na composição do capital, já que “com a crescente produtividade do trabalho, não apenas se eleva o volume dos meios de produção [...] mas cai o valor deles em comparação com seu volume. Seu valor se eleva, pois, de modo absoluto, mas não proporcionalmente a seu volume” (Marx, 1996, p. 255).

Em suma, podemos afirmar que acumular capital implica em aumentar capital variável (força de trabalho), único capaz de gerar valor, ao passo que o capital constante (meios de produção - matéria-prima, máquinas e equipamentos) apenas transfere valor para o produto final. Produzir mais-valia é a lei absoluta desse modo de produção, a força de trabalho só é vendável quando conserva os meios de produção como capital, reproduz seu próprio valor como capital e proporciona uma fonte de capital adicional através do trabalho não pago. Porém, sabemos que o processo de acumulação exige uma crescente produtividade, o que implica um maior incremento do capital constante em relação ao variável, mas isto não impede que o proletariado continue aumentando, apesar de diminuir proporcionalmente em relação ao capital constante (Marx, 1996).

Diante de tais condições, a elevação dos salários se dá em função de uma ampliação na velocidade de acumulação de capital, que, por sua vez, é fruto da ampliação da quantidade de trabalho gratuito fornecida pela classe trabalhadora, ou seja, “significa, de fato, apenas que o tamanho e o peso da cadeia de ouro, que o próprio trabalhador forjou para si, permitem reduzir seu aperto.” (Marx, 1996, p.251). Salários baixos fazem crescer a acumulação de capital, que cria a necessidade de que novos trabalhadores sejam contratados. Assim a oferta de força de trabalho torna-se inferior à demanda e, portanto, os salários se elevam. Entretanto, a ampliação do trabalho não pago é a lei de tendência capitalista. Nesse sentido, o preço do trabalho fica limitado ao ponto em que ficam assegurados os fundamentos do sistema (acumulação e produtividade crescente) e sua reprodução.

Devemos considerar, ainda, que a causa fundamental que provoca a queda dos salários consiste na formação de um exército industrial de reserva (EIR). A acumulação capitalista produz uma população excedente de trabalhadores, ou seja, que ultrapassa as necessidades médias da expansão do capital. A população trabalhadora produz as condições que a torna supérflua ao sistema capitalista à medida que permite a ampliação da riqueza social, obedecendo à já citada lei do crescente aumento da parte constante do capital em relação à parte variável (Marx, 1996).

Nesse sentido, o EIR consiste na massa de desempregados, os trabalhadores que ora são atraídos e ora são repelidos para determinadas atividades, trabalhadores agrícolas que migram para os centros urbanos, trabalhadores nos subempregos ou em relações de trabalho precarizadas e aqueles em condições de miséria. Essa população supérflua exerce pressão sobre os que estão empregados, que, por sua vez, se submetem aos ditames do capital para não perderem seus postos, já que existe um EIR disposto a se submeter aos salários até inferiores para se ver livre do desemprego. Quanto maior o EIR de reserva, maior o impulso de acumulação e maior a produtividade, o que aumenta o EIR e o pauperismo (Marx, 1996). Portanto,

o pauperismo se constitui na camada social que perdeu a capacidade de vender sua força de trabalho e tem que mendigar a caridade pública. Ele se expressa na forma como o capital se apropria da força de trabalho da classe trabalhadora, com a finalidade de assegurar a sua reprodução e a acumulação da riqueza por parte dos capitalistas e, contrariamente, produz a acumulação da miséria da classe que produziu seu produto como capital (Pimentel, 2007, p. 52).

Desse modo, está posto o sistema de causalidades do pauperismo, ou seja, está apresentada a raiz material da “questão social”. Contudo, vale destacarmos que a “questão social” ganha prioridade a partir do momento em que a manutenção da ordem da sociedade burguesa é ameaçada (Netto, 2001). A classe operária em manifesto, protesto e reivindicação pela sua condição de miséria põe a “questão social” em evidência. Assim, ela “adquire caráter essencialmente político quando se torna uma ame-

aca à paz necessária à reprodução social nos moldes dos interesses das classes dominantes” (Pimentel e Costa, 2002, p. 4). Isto é, o aspecto político da “questão social” emerge da pauperização imbricada nas “necessidades de acumulação do capital, que se põe historicamente permeada pela luta dos trabalhadores e pelas estratégias de dominação das classes dominantes para contê-las, em favor da reprodução social” (Pimentel e Costa, 2002, p. 4, grifo nosso).

É fato que a expressão “questão social” passa a ser usada de forma perspicaz pelo próprio vocabulário conservador, visto a ameaça operária. No entanto, a revolução de 1848, na França, marca o momento histórico a partir do qual o proletariado toma consciência política de que a “questão social” está enraizada na relação contraditória entre capital e trabalho, assim como a burguesia reconhece que há uma questão carente de resposta. Isto é, há um fenômeno de degradação da classe operária que, ao perceber sua condição, gera uma ameaça que precisa ser suprimida. Porém, a intervenção política imediata trata de encará-la como característica ineliminável (natural) de qualquer sociedade - não sendo, portanto, uma fenômeno intrínseco ao sistema capitalista -, a qual só podemos amenizar e reduzir por meio do ideário reformista. Ou ainda, temos o enfrentamento do problema pela via moralizadora do homem, já que, para os pensadores conservadores confessionais, apenas a exacerbação da “questão social” seria contra as leis divinas, devendo ser objeto de intervenção por meio de uma reforma moral do homem e da sociedade (Netto, 2001).

Em síntese, existem três aspectos centrais que envolvem a “questão social”: sua base material na lei geral de acumulação capitalista; seu caráter político reconhecido na medida em que o proletariado reage às condições de exploração; e suas respostas sociais, mediadas ou por determinadas organizações sociais ou pela intervenção do Estado. Os dois últimos aspectos consistem nas raízes humano-sociais da “questão social” (Pimentel, 2007).

De fato, no capitalismo contemporâneo a “questão social” conserva as suas raízes, sendo que se expressa sob novas formas ou o faz com maior intensidade, , mesmo quando se expressa sob formas antigas (Pimentel, 2007). Logo, não existe uma nova “questão social”, na verdade “o que devemos investi-

gar é, para além da permanência de manifestações ‘tradicionalis’ da ‘questão social’, a emergência de novas expressões da ‘questão social’ que é insuprimível sem a supressão da ordem do capital” (Netto, 2001, p. 48). Portanto, a cada momento histórico do desenvolvimento capitalista, “ela instaura expressões sócio-humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes à intensificação da exploração que é a sua razão de ser” (Netto, 2001, p. 48).

Dentre as expressões contemporâneas da “questão social” destacamos que “o fenômeno do desemprego ronda o processo de reestruturação produtiva devido à incapacidade do sistema de absorver força de trabalho. Num contexto mundializado, o desemprego assume proporções internacionais” (Pimentel e Costa, 2006, p. 15). Na verdade, trata-se de um problema estrutural, um fenômeno “crônico” necessário à “vida” do sistema do capital e que, por tal razão, tem a tendência de expandir-se, assim como o faz o próprio capital, rompendo fronteiras.

Ainda sobre as novas formas de expressão da “questão social”, identificamos o caso peculiar da questão ambiental. Nesta, vemos o quanto é destrutivo o modo atual de produzir riqueza, que na verdade se constitui no modo de produzir a nossa própria destruição, mesmo que, em nível ideológico, surja uma nova tendência (estratégica) de nos fazer crer que existe conciliação entre desenvolvimento econômico e conservação da natureza, ocultando o caráter expansivo (e incessante) do sistema capitalista em busca da acumulação do lucro, que, por conta disso, necessita ser destrutivo.

Podemos também tomar como exemplos o que acontece em outros âmbitos sociais, como no caso da destruição das famílias, dificuldade de oportunidade de empregos para os muito jovens ou para aqueles considerados já em idade avançada, a exploração da mão de obra feminina ou estrangeira, “enfim, a exacerbação da desigualdade e consequentemente um processo de desumanização e pauperização cada vez mais crescentes das massas” (Pimentel e Costa, 2006, p. 21).

Ademais, “o pauperismo, como uma das principais expressões do caráter desumanizador do capital, assume também proporções mundiais com a polarização social e a concentração da riqueza” (Pimentel e Costa, 2006, p. 18), a pobreza é notada

mesmo nos países desenvolvidos, em um fenômeno que Chossudovsky (1999, p. 27, apud Pimentel e Costa, 2006, p. 18) denominou de *globalização da pobreza*. No entanto, “se nos marcos dos países centrais já se consolidaram os mecanismos de controle do pauperismo e a pobreza assume caráter relativo, o problema encontra-se agora deslocado para a periferia do capitalismo, na qual pode ser encontrada até mesmo a pobreza absoluta” (Pimentel e Costa, 2006, p. 18).

Nesse contexto, hoje verificamos que a responsabilidade de enfrentamento da “questão social” transita polemicamente entre indivíduo e ação pública (seja pela via do Estado ou da sociedade civil). “Uma polêmica ainda presente nos dias atuais, principalmente em tempos de neoliberalismo, quando se trata de defender a desresponsabilização do Estado das refrações da questão social expressas nas inúmeras formas de pobreza de grande parcela da sociedade” (Pimentel e Costa, 2006, p. 14).

Além disso, observamos que “a intervenção sobre [...] as expressões da ‘questão social’, esteve permeada pela expansão do próprio capitalismo e da reprodução do capital em seu processo de acumulação” (Pimentel e Costa, 2006, p. 19), ocorrendo um ajuste às exigências do momento histórico vivido, implementando apenas as intervenções que garantam que as concessões da classe burguesa (por meio do Estado) aos trabalhadores (face à luta de classes, ao reconhecimento político e às respostas sociais da “questão social”) não ameacem a ordem capitalista, “havendo qualquer entrave no interior desse processo de expansão e acumulação, as consequências são avassaladoras, podendo, desse modo, desencadear alguns tipos de crise” (Pimentel e Costa, 2006, p. 20).

Devemos lembrar que o sistema do capital “nutre-se” das crises cíclicas inerentes a sua lógica de funcionamento. Porém, o que está posto em meio ao advento do neoliberalismo é uma crise estrutural do capital, que “se torna tão devastadora que dificilmente qualquer esfera da atividade humana pode escapar aos seus efeitos [...] vem afetando, de uma forma geral, o conjunto das relações humanas” (Pimentel e Costa, 2006, p. 21). Nessas condições, a barbárie do “capitalismo hipermaduro” atinge o trabalho, os indivíduos, as famílias, as comunida-

des, o meio ambiente, enfim, tudo que diz respeito à vida social.

Por conseguinte, sabemos que todos esse problemas sociais rebatem sobre a saúde, como demonstrado nos estudos sobre os DSS. Mas, é preciso dizer que não são problemas desconexos entre si nem fragmentos da realidade que ganham autonomia. Pelo contrário, constituem uma questão una, com sua base objetiva imbricada no processo de trabalho tal qual ele é desenvolvido no capitalismo. De fato, vemos que tais mazelas sociais emergem dessa base material. Portanto, temos, no processo de acumulação capitalista, a determinação essencial para a problemática da saúde.

Sendo assim, “tipicamente, as soluções propostas nem sequer arranham a superfície do problema, sublinhando, novamente, que estamos à frente de uma contradição interna insolúvel do próprio capital [...] Para resolver as contradições assim geradas seria necessária uma importante reviravolta” (Mészáros, 2009, p. 802). Nesse contexto, há intensos esforços para que acreditemos que se trata de um problema de falta de políticas eficazes para, por exemplo, diminuir a pobreza e o desemprego ou melhorar os serviços de saúde e educação. No entanto, definitivamente, não se trata de uma questão originada na falta de políticas eficazes e, logicamente, não se resolverá por tal via. Como demonstrou Pimentel, trata-se de uma questão com raiz material, exclusiva da relação contraditória capital-trabalho e, desse modo, a dissolução da “questão social” requer a dissolução da ordem societária burguesa.

Considerações Finais

Diante do exposto, vemos que o conjunto dos problemas sociais que enfrentamos nesta sociedade possui claramente uma base material. E, como vimos, a saúde possui relação estreita com a forma como a sociedade está organizada, o que proporcionou o estabelecimento das teorias explicativas sobre essa relação, que os autores das ciências da saúde denominaram de determinantes sociais da saúde (DSS). A nosso ver, o que na verdade temos são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, tam-

bém, numa condição socialmente imposta.

Nesse sentido, há um mútuo condicionamento entre esses diversos fatores sociais - a título de exemplo: a pobreza que gera doença que gera mais pobreza -, o que nos permite afirmar, decididamente, que não se trata da existência de determinantes sociais da saúde e sim de expressões da “questão social” - quando há relação imediata com a lei de acumulação capitalista - ou de desdobramentos destas. A própria problemática da saúde-doença ora é fruto direto da acumulação capitalista, ora é condicionada por ela.

Assim, no nosso modo de ver, a determinação é essencialmente econômica, pois os supostos DSS consistem em condições sociais com raízes materiais precisas, que apenas vão adquirindo novas formas de acordo com o momento histórico vivido pelo sistema do capital, mas que não deixam de compor uma questão una. Todavia, não desconsideremos todas as mediações existentes entre a totalidade social e a singularidade da categoria saúde, dentro do “complexo de complexos”, tal qual define Lukács (1981). Do contrário estariamos fadados a uma determinação linear e mecânica.

Por fim, enquanto existir a lei geral da acumulação capitalista existirá a “questão social” e seus desdobramentos para saúde. E essa condição, imposta para atender aos interesses da classe exploradora, é que consiste na determinação essencial para o processo saúde-doença, enquanto um fenômeno estudado para além dos aspectos biológicos e que só pode ser superado em uma outra forma de sociabilidade, ou seja, “para além do capital” (Mészáros, 2009).

Referências

- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SARDER, E. P. G. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1575-1589, 2007.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CHAUÍ, M. *O que é ideologia?* São Paulo: Editora brasiliense, 2001.
- LUKÁCS, G. *Per una ontologia dell'essere sociale*. v. II. Roma: Ed. Riunuti, 1981.
- MARX, K. *O Capital. crítica da economia política*. Livro Primeiro. Tomo 2. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.
- MARX, K. *O 18 de brumário de Luis Bonaparte*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.
- MÉSZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.
- NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da questão social. *Temporalis. Revista da ABEPSS*, Brasília, v. 2, n. 3, 2001.
- PIMENTEL, E. *Uma “nova questão social”?* Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje. Maceió: Edufal, 2007.
- PIMENTEL, E.; COSTA, G. M. Questão social e desigualdade: novas formas, velhas raízes. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1-26, 2006.
- PIMENTEL, E.; COSTA, G. M. Sobre as origens da questão social. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 8, Juiz de Fora. *Anais...* Juiz de Fora, MG: UFJR, 2002.
- TEIXEIRA, J. S. F. O neoliberalismo em debate. In: Teixeira, J. P. F. et al. *Neoliberalismo e reestruturação produtiva: As novas determinações do mundo do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998, p. 195-252.
- TONET, I. *O pluralismo metodológico: um falso caminho*. Disponível em: <http://www.ivotonet.xpg.com.br/arquivos/pluralismo_metodologico.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2011.
- WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2000.

Recebido em: 20/05/2011

Reapresentado em: 19/09/2012

Aprovado em: 07/12/2012