



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Passos Nogueira, Roberto
Determinantes, determinação e determinismo sociais
Saúde em Debate, vol. 33, núm. 83, septiembre-diciembre, 2009, pp. 397-406
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800007>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Determinantes, determinação e determinismo sociais

Social determinants, determination and determinism

Roberto Passos Nogueira ¹

Médico; Doutor em saúde coletiva;
Pesquisador do Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada (IPEA) e do
Núcleo de Estudos de Saúde Pública da
Universidade de Brasília.
roberto.passos@uol.com.br

RESUMO *Este artigo realiza uma análise crítica do relatório sobre determinantes sociais de saúde divulgados pela Organização Mundial de Saúde, em 2008. O relatório é criticado por tratar o tema de acordo com o conceito de fator causal e a visão biologicista da saúde, peculiar à epidemiologia tradicional. Isto pode ser entendido como uma tentativa de estabelecer uma posição hegemônica da epidemiologia no debate sobre as questões sociais da saúde, descartando ou descaracterizando qualquer contribuição crítica que venha da sociologia, das ciências políticas e da filosofia. Ainda assim, é destacado que o relatório mostra-se progressista quando enfatiza a necessidade de diminuir as desigualdades em saúde em todo o mundo por meio de um amplo conjunto de políticas sociais.*

PALAVRAS-CHAVE: *Determinantes sociais da saúde; Determinação social da saúde; Causalidade em saúde.*

ABSTRACT *This article consists of a critical review of the report on social determinants of health released in 2008, by the World Health Organization. It criticizes the report for treating the subject in line with the positivist notion of causality and the biological view of health, which characterizes the usual approach of epidemiology to health. This could be understood as an attempt by epidemiology to gain a hegemonic position in the international debate on social issues of health, discarding or invalidating any critical contribution stemming from sociology, political science and philosophy. Nonetheless, it is highlighted that the report shows a progressive aspect as it stresses the need to reduce health inequalities all over the world through a wide range of social policies.*

KEYWORDS: *Social determinants of health; Social determination of health; Health causality.*

INTRODUÇÃO

A publicação do relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde, OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), bem como do correspondente relatório nacional (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008), constitui-se numa oportunidade importante para se encenar um renovado debate teórico das relações entre saúde, sociedade, democracia e políticas públicas. Contudo, é preciso levar em conta que o escopo e os termos desse debate já estão devidamente pautados e delimitados mediante o poder de influência que a OMS detém. Algo semelhante aconteceu nos anos 1970, quando a discussão das características de um sistema nacional de saúde foi drasticamente restringida pelos termos do célebre relatório de Alma-Ata sobre atenção primária de saúde.

O que se pretende criticar aqui é o marco teórico positivista explicitado no relatório da OMS, que tende perigosamente para o determinismo social, na medida em que interpreta o que é social na saúde unicamente mediante o efeito de fatores causais, conforme o modelo das ciências naturais e da epidemiologia tradicional. O relatório faz *tabula rasa* do fato de que a saúde pública é um campo de políticas que deve ter em conta a contribuição não só da epidemiologia e das ciências médicas, mas também da sociologia, da antropologia e da filosofia. No que segue, será identificado, em primeiro lugar, o contexto político-econômico internacional que propiciou o aparecimento do relatório dos determinantes sociais e que continuará certamente a favorecer nos próximos anos para que obtenha grande espaço de legitimidade e de projeção.

SIGNIFICADO E ORIGEM DO RELATÓRIO DA OMS NO CONTEXTO INTERNACIONAL

O relatório destaca-se por seu clamor ético para uma luta contra as desigualdades injustas, ou seja, as iniquidades. É conveniente citá-lo numa inteira passagem para que se tenha uma ideia concreta tanto deste clamor ético quanto daquilo que denominamos de teor progressista.

As crianças têm chances de vida dramaticamente diferentes dependendo de onde nasceram. No Japão ou na Suécia as pessoas podem viver mais de 80 anos, no Brasil, 72 anos, na Índia, 63 anos, e em um de vários países africanos, menos de 50 anos. Dentro dos países, as diferenças de expectativa de vida são dramáticas e podem ser encontradas em todo o mundo. Os países mais pobres têm elevados níveis de doença e de mortalidade prematura. Mas a má saúde não se limita aos que estão em piores condições. Nos países com todos os níveis de renda, a saúde e a doença dão-se de acordo com um gradiente social: quanto mais baixa for a posição socioeconômica, pior a saúde. Isto não deve necessariamente ser assim e não é correto que seja assim. Quando se avalia que essas diferenças sistemáticas em saúde podem ser evitadas mediante a adoção de medidas razoáveis, elas são simplesmente injustas. É isso que rotulamos de iniquidade em saúde. Corrigir tais desigualdades – as enormes e remediáveis diferenças de saúde entre países e dentro deles – é uma questão de justiça social. Reduzir as desigualdades de saúde é, para a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (doravante, a Comissão), um imperativo ético. A injustiça social está matando as pessoas em grande escala.

Quem está sendo conclamado aqui? Deduz-se que são os agentes de uma ação de interesse público, não só os governantes e os gestores do setor público, mas as lideranças da sociedade.

Mas é preciso enfatizar que é questionável que o motivo para tal mobilização ética possa emergir em maneira restrita ao campo da saúde. O significado da inserção da saúde no conjunto dos problemas sociais e políticos da sociedade está sobre-estimado. Mobilização social em prol da saúde costuma ocorrer simultaneamente com a mobilização diante de outros problemas da sociedade, ou seja, em face de uma restrição mais ou menos drástica do espaço da liberdade civil e do espaço social da cidadania. Não há evidência, em nenhuma parte do mundo, de que as desigualdades em saúde tenham sido motivos suficientes para mobilizar a sociedade civil e as autoridades para uma luta comum contra injustiças em saúde. Onde quer que tenha havido mobilização de tal amplitude em prol da saúde, isto ocorreu articuladamente com movimentos que objetivavam a conquista de um conjunto de importantes direitos sociais e políticos que estavam historicamente negados. É o que aconteceu com a reforma sanitária brasileira nas conjunturas da redemocratização da sociedade e da reformulação constitucional.

O que se ignora é que uma mobilização dessa monta depende da obtenção de poder político e de influência sobre a opinião pública e os agentes do Estado. Isto usualmente é realizado por movimentos com interesses diversos, que celebram pactos de fortalecimento recíproco e se lançam numa luta pela reforma social e política de amplo alcance, portanto, numa luta que usualmente transcende o campo da saúde.

O relatório coloca a questão da equidade em saúde como um princípio indiscutível, mas, contudo, não o fundamenta em qualquer das vigentes concepções filosóficas do bem e do direito (nem sequer no utilitarismo reformulado de Sen, que fez parte da comissão). Podemos interpretar essa ausência como resultante de um débito teórico que precisa ser suprido de algum modo, conforme sugerido por Almeida-Filho (2009), ou entendê-la como uma estratégia para obter ampla

adesão. De qualquer modo, se avaliado de acordo com os objetivos históricos da reforma sanitária brasileira, o relatório resguarda uma faceta progressista que é a necessidade de diminuir as desigualdades em saúde através de um conjunto amplo de políticas sociais e de iniciativas que envolvam o governo, a sociedade civil e a empresa privada.

É importante observar que, os problemas de justiça social indicados não concernem somente às condições de saúde de países pobres ou subdesenvolvidos. O relatório dirige-se virtualmente a todos os países que apresentam tais disparidades, quando comparados entre si ou internamente a cada um deles. Nem a nação mais rica, os Estados Unidos, está fora do escopo desse enfoque, em virtude de suas reconhecidas disparidades internas de renda e de cobertura por serviços de saúde. Sabe-se que, por muitas décadas, as diretivas e os planos da OMS estiveram dirigidos primordialmente para a situação dos países subdesenvolvidos, especialmente os da África e da Ásia.

DE ONDE SURGE ESSA NOVA VISÃO E ORIENTAÇÃO DE CARÁTER TÃO ABRANGENTE?

Quanto a isto, há de se tomar em conta dois distintos contextos político-econômicos internacionais. Primeiramente, a entrada em vigência de políticas sociais de tendência pós-neoliberal fomentadas por agências internacionais. Ultrapassada a fase de ênfase absoluta na contenção do gasto e no arrocho fiscal, de um lado, e nos correspondentes pacotes de mínimos sociais, de outro, políticas típicas dos anos 1980 e 1990, as agências puderam, na atual década, reconhecer e convalidar um sentido mais amplo da proteção social a ser adotada pelos países. Não se trata apenas de combater

a pobreza absoluta, mas também de pôr em prática estratégias de diminuição das drásticas desigualdades de renda e de condições de vida entre as diversas camadas da população em cada país. Aqui, este objetivo está marcado muitas vezes por uma concepção muito estreita de desigualdade social, bastante centrada em aspectos de renda e de nível educacional, mas que não cabe analisar no âmbito desta discussão. O que se deve notar é que a OMS entrou definitivamente nessa arena de promoção de políticas de combate às desigualdades sociais, colocando a saúde em associação com a renda e a educação, mas agregando dimensões adicionais tais como o trabalho e a proteção social ampla.

A interpretação dos determinantes sociais da saúde já vinha sendo trabalhada na repartição europeia da OMS desde a segunda metade dos anos 1990. Tanto é assim que essa repartição promoveu em 1998 a primeira edição do livro de Marmot e Wilkinson, que trata dos “fatos sólidos” da determinação social. Esses dois autores lideraram uma pesquisa da qual uma dezena de epidemiologistas britânicos participou. O livro resultou de uma proposta feita pelo Centro de Estudos Urbano da OMS europeia para que esses pesquisadores resumissem os resultados de suas investigações em apenas dez tópicos. No relatório europeu, os dez subtipos de determinantes sociais (com impacto positivo ou negativo) priorizados por Marmot e Wilkinson são os seguintes: gradiente de riqueza; estresse; início de vida; exclusão social; trabalho; desemprego; apoio social; vício; alimento e transporte. Tomando em conta essa abrangência temática, fica claro que estamos diante de uma nova voga de políticas das agências internacionais, a qual vai além dos limitados objetivos e clientelas que as políticas neoliberais pretendiam alcançar.

Neste caso, o contexto político-econômico das políticas pós-neoliberais surge associado a outro, que é a tendência mundial à formação de blocos ou comunidades de países, com integração de mercados e,

progressivamente, de políticas de proteção social e de direitos sociais. Para a política de blocos entre países, a desigualdade extrema é detestável, o que se expressa bem pela palavra iniquidade. Mas a iniquidade tem uma expressão econômica importante que muitas vezes fica escondida por trás da ênfase na dimensão ética, trata-se da impossibilidade de que certos grupos sociais participem plenamente do novo mercado integrado que está emergindo. E o mercado de bens e serviços de saúde é cada vez mais relevante para a acumulação capitalista, absorvendo proporções crescentes do Produto Interno Bruto de cada país.

Uma década depois, a OMS lançou uma versão global da abordagem dos determinantes sociais da saúde, que surgiu inicialmente ligada à situação dos países da comunidade europeia. Está claro que se trata de uma política totalmente distinta daquelas fundadas em mínimos sociais e focalização nos pobres, que, nos anos 1980 e 1990, as agências internacionais costumavam exportar a partir dos países centrais para os periféricos. Naturalmente, os autores britânicos que escreveram o relatório são influenciados pela experiência do sistema universal de saúde de seu país, que continua a ser um dos mais exemplares de todo o mundo. Esta é a origem da faceta progressista do relatório, que se expressa na ênfase dada ao aperfeiçoamento progressivo das condições cotidianas de vida e de trabalho do conjunto da população, algo que faz parte da história do estado de bem-estar europeu.

Nesse sentido, identifica-se no relatório uma abordagem coletivista e anti-individualista dos problemas da saúde. Com efeito, essa é a intenção fundamental, na medida em que os autores pretendiam se contrapor à linha da promoção da saúde que, em grande parte, está centrada na adoção pelas pessoas de práticas e estilos de vida saudáveis ou seguros. O relatório tenciona representar um posicionamento alternativo a essas políticas de promoção da saúde, apoiadas e propagadas pela OMS,

mas que tiveram seu impulso inicial a partir do Canadá (carta de Ottawa de 1986). Mas, por certo a OMS doravante conjugará as duas linhas, a dos determinantes e a da promoção da saúde, por entender que não se contradizem, mas se potencializam, e até se cruzam, como acontece no caso da política de “cidades saudáveis”.

Em resumo, os contextos político-econômicos do pós-neoliberalismo e da formação de blocos transnacionais nitidamente favoreceram o surgimento do relatório, com sua marcante visão coletivista e seu teor progressista. Talvez a inspiração que impulsionou seus autores não seja muito diferente daquela que fez com que o movimento sanitário brasileiro tivesse um papel fundamental, quando a Constituição consagrou o direito à saúde no artigo 196. No entanto, não se pode deixar de criticá-lo devido a suas múltiplas análises reducionistas, algo que nos parece particularmente importante num momento em que se pretende repensar as bases teóricas da reforma sanitária brasileira e suas linhas de ação política.

A CONCEPÇÃO REDUCIONISTA DOS DETERMINANTES SOCIAIS

O que exatamente significa ‘determinantes sociais da saúde’?

Ao ler o relatório inteiro, não se encontra uma definição para a resposta da pergunta. Este conceito é presumido como se fosse algo comum e corrente. O que fica mais ou menos evidente é que determinante social tem o significado de causa ou causalidade social. Mas se há determinantes da saúde que têm tal caráter social, há outros que têm uma natureza puramente biológica, ambiental ou genética? Sim, porque, como se deduz de múltiplas passagens de seus livros, os autores britânicos

mencionados não pretendem de modo algum que a dimensão da vida social seja sempre pressuposta como subsumindo esses outros tipos de fatores. Nada nos leva a concluir que a saúde humana deva ser entendida como sendo essencialmente social; mas, ao contrário, a ideia é que a saúde depende de múltiplos fatores.

Essa ótica positivista dos determinantes sociais da saúde foi veementemente combatida num documento elaborado por autores vinculados à Associação Latino-Americana de Medicina Social, que enunciam, entre outros, os seguintes pontos de crítica (OLIVA; ESCUDERO; CARMONA, 2008):

A postura de reunir evidências sobre os fatores sociais que criam as desigualdades em saúde tem as limitações do paradigma dominante na epidemiologia e saúde pública, na medida em que fragmenta a realidade em fatores, presumindo que mantêm sua capacidade explicativa e que estão sempre sujeitos a mudanças.

Os determinantes sociais, ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos sócio-históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, e facilita sua simplificação ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, etc.

No entanto, o enfoque do relatório privilegia os fatores de risco de dimensão coletiva, o que se justifica pela busca de resultados amplos e duradouros quando se comparam os níveis de saúde de diferentes populações. É o que afirma Marmot:

[...] o tabagismo causa câncer de pulmão; muitos fumantes não morrem de câncer de pulmão; deve haver, portanto, algum fator genético ou de outro tipo determinando quais os fumantes são vitimados e quais não o são. Não pomos em dúvida tal formulação, mas indicamos que isto é apenas parte da realidade. É importante perguntar se isto pode ser responsável por diferenças no risco de doença entre populações. (MARMOT; WILKINSON, 2005, p. 3).

A atuação das políticas públicas, segundo esse autor, deve ocorrer preferencialmente sobre os determinantes sociais e não sobre os fatores individuais de risco, já que muitas vezes estes dependem de mudanças de comportamento, coisa difícil de ser obtida por persuasão. Mesmo quando se consegue obter mudanças no âmbito individual, elas têm alcance limitado para a mudança no padrão de morbidade do conjunto da população. Esta situação seria ilustrada pelo seguinte exemplo, as campanhas de mídia que apontam os riscos do hábito de fumar são reconhecidamente menos efetivas do que as medidas legislativas que sobretaxam os produtos do tabaco, que restringem sua propaganda na mídia e limitam drasticamente os ambientes de acesso público onde o hábito pode ser exercido.

Pode-se ler na obra de um autor canadense uma longa e pormenorizada definição sobre o que é determinante social que convém reproduzir aqui, embora envolva aspectos que aparentemente vão além do referencial comum compartilhado com os que se dedicam a esse tipo de investigação:

Determinantes sociais da saúde são condições sociais e econômicas que influenciam a saúde dos indivíduos, das comunidades e jurisdições como um todo. Determinantes sociais da saúde determinam também se os indivíduos se mantêm saudáveis ou se tornam enfermos (uma definição estreita de saúde). Determinantes sociais da saúde também determinam a extensão em relação a qual uma pessoa possui os recursos físicos, sociais e pessoais para identificar e alcançar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente (uma definição mais ampla de saúde). Determinantes sociais da saúde relacionam-se com a quantidade e qualidade de uma variedade de recursos que uma sociedade torna disponível aos seus membros. (RAPHAEL, 2004, p. 1).

Raphael agrega que essa abordagem contrasta com o enfoque tradicional de risco, pelo qual se dá ênfase a fatores biomédicos e comportamentais tais como colesterol, obesidade, exercícios físicos, dieta e tabagismo.

Já o propósito do enfoque de determinantes sociais é dirigir a atenção para a efetivação de políticas sociais e econômicas que venham em benefício da saúde da população como um todo.

Há certa ousadia da parte desse autor quando propõe um conceito ampliado de saúde. Será este um conceito social de saúde? Sim, mas o autor, ao buscar fugir dos limites estreitos da concepção biomédica como a ausência de doenças e da morte, logo faz da saúde o retrato do individualismo possessivo: é a somatória de recursos de que dispõe uma pessoa 'para identificar e alcançar aspirações'.

Contudo, a teoria da saúde adotada no relatório da OMS é implicitamente a mesma da medicina, que é também assumida por toda a epidemiologia tradicional: saúde é equivalente à ausência de morbimortalidade e à sobrevivência física no longo prazo (longevidade). Sendo assim, diversas variáveis abstratas são montadas para investigar e descobrir correlações como: os pobres têm pior saúde do que os ricos. Por essa lógica, que se distancia de qualquer teoria do social e da saúde, basta cruzar duas variáveis para que se evidencie um determinante social da saúde.

Esse tipo de generalização só se mantém válida quando se tomam os conceitos de saúde, pobreza e riqueza de maneira muito abstrata ou geral, de tal modo a deixar de lado os detalhes estruturantes das condições da vida social que poderiam ser mostrados como significativos a partir de uma verdadeira teoria social da saúde. A saúde está sendo medida através dos anos de vida, um pressuposto biologicista, que se refere à vida no sentido da mera presença física das pessoas, independentemente da possibilidade dos modos sociais de interagir e se ocupar.

Como se pode provar que quem vive mais, em sentido da mera presença física, tem mais saúde? Pela quantidade crescente de idosos dementes que surge a cada ano em nossa sociedade pós-industrial, haveria

de ser pensar justamente o contrário. Há alguns anos a OMS se deu conta do problema desta medida e apoiou a formulação de um novo indicador, a carga da doença, que envolve os aspectos de incapacidade. Mas se trata de uma medida de extrema complexidade técnica e dependente de fórmulas padronizadas para cada patologia, de tal modo que o indicador parece ter se tornado algo como um monopólio dos epidemiologistas de Harvard. Ademais, o que falta não é um novo indicador, mas uma nova e convincente teoria das relações entre o social e a saúde, para além do naturalismo da biomedicina.

O conceito estreito de determinantes sociais opera num nível da *empíria*, que exclui qualquer possibilidade de compreensão da saúde como fenômeno social e humano. Isto acontece na medida em que se mantém alheio a qualquer teoria da sociedade (crítica ou meramente explicativa). Como dito, é emergente o quadro de pressupostos da epidemiologia tradicional com seu método fundado na biomedicina e na bioestatística, buscando agora se concentrar em certos aspectos sociais que diferenciam as populações (por exemplo, os dez tópicos de determinantes). O que realmente está pressuposto é que o social se encontra nas populações, mas o homem de *per se* é a natureza.

Pode-se levantar outra suspeita acerca dessa concepção. É que ela caminha inevitavelmente para o determinismo social, o que não surpreende já que a saúde e a sociedade estão sendo entendidas de forma positivista, excluindo a história e a práxis humana. A compreensão causal da saúde no âmbito social instaura o determinismo dos fatores sociais; ignora os espaços de liberdade dos indivíduos e da coletividade e provoca o estreitamento do lugar do sujeito na história. De modo muito parecido, em outros tempos, muitos marxistas pensavam que a infraestrutura econômica determinava a ideologia e a cultura.

Concluindo, quando se examina o relatório a partir de um ponto vista filosófico contemporâneo, que

busca ultrapassar os determinismos sociais tão comuns no marxismo do século 20 e que abraça os espaços de autonomia dos sujeitos coletivos e do próprio acontecer sócio-histórico (FLEURY *apud* FLEURY; LOBATO, 2009, p. 22), nota-se que, a despeito da ênfase no social, os argumentos de que o relatório lança mão para a defesa de suas teses e de sua agenda global estão atados ao modelo naturalista da biomedicina.

A CONCEPÇÃO FILOSÓFICA DE DETERMINAÇÃO

Por que foi afirmado que o conceito de determinantes sociais da saúde é reducionista? Para responder a essa pergunta é necessário voltar aos fundamentos filosóficos da ciência e entender que determinante é um predicado ou atributo de uma determinação do conteúdo de uma coisa ou de uma ideia qualquer. Esse é um conceito extremamente importante no pensamento filosófico, sobretudo, a partir de Kant, mas também no pensamento de Marx, como seguidor divergente de Hegel.

Eis como Heidegger (1988) esclarece o conceito de determinação (*Bestimmung*) em Kant.

Uma determinação, ele diz, é um predicado que é acrescido ao conceito do assunto desde além dele e assim o amplia. O determinante, o predicado, não está contido de ante-mão no conceito. Uma determinação é um predicado real que amplia a coisa, Sache, res, seu conteúdo. (p. 34).

A determinação de uma coisa ou um conceito se relaciona a um princípio enunciado no século 18, por Leibniz, que é o princípio do fundamento: “tudo o que existe, tem uma razão de ser” (HEIDEGGER, 2001, p. 23). Uma maneira de determinar a razão de ser de algo se dá mediante a demonstração de sua causa. Por exem-

plo, a dengue é causada pelo mosquito *Aedes Aegypti*. O conteúdo (a doença dengue) é ampliado através de um predicado ou atributo causal. Mas a determinação causal é apenas um dos modos de determinação de um dado conteúdo.

A determinação mediante a causa tem enorme importância nas ciências naturais, mas costuma ser contestada quando se trata de explicar os fenômenos sócio-históricos. Nas ciências humanas e na filosofia, a determinação de uma coisa ou de um conceito ocorre sem necessariamente depender da invocação de uma causa, resultando, muitas vezes, da própria elaboração de uma multiplicidade de conceitos que são corroborados por investigações de campo.

Quando se amplia um dado conceito, este se torna mais concreto e rico. Por exemplo, acompanhando o que diz Marx, na *Contribuição à Crítica da Economia Política*: o conceito de população, que inicialmente parece ser algo muito concreto, mantém-se, na verdade, como uma abstração pobre, enquanto não for pensado através de um conjunto de determinações como as classes sociais, as relações de produção, o trabalho assalariado, o capital etc. Daí a famosa máxima de Marx (1977), inspirada em Hegel:

O concreto é concreto por ser a síntese de múltiplas determinações, logo, unidade da diversidade. É por isso que ele é para o pensamento um processo de síntese, um resultado, e não um ponto de partida, apesar de ser o verdadeiro ponto de partida, e, portanto igualmente o ponto de partida da observação imediata e da representação. (p. 218-219).

Desse modo, relações de produção, trabalho assalariado, capital etc. são determinantes do conceito de população. Apreendido de modo imediato, população é um conceito pobre, não tem concretude.

Quando assumimos essa teoria, entendemos que é a multiplicidade de conceitos sobre as relações entre saúde

e sociedade que consegue enriquecer a compreensão da determinação social. Isto ocorre em referência a cada contexto histórico mediante categorias de entendimento forjadas no plano teórico. De outro modo, o pensamento do social permanece no nível de pobreza que é próprio da percepção imediata, ou permanece preso a conceitos muito gerais e, inclusive, banais.

Essas breves considerações filosóficas surgem com o propósito de assinalar que os significados das palavras ‘determinantes’ e ‘determinação’ jamais podem ser exauridos pela ideia de causa. A causa eficiente ou o fator causal é apenas um modo de determinar a razão de ser da saúde ou de qualquer outro conceito.

Mas deve-se lembrar que há outra forma de determinação da saúde, de natureza ontológica. Neste caso, o pensamento não procede pelo enriquecimento progressivo de um dado conceito, mas pela apreensão filosófica de seu fundamento como ser. Esta apreensão filosófica responde à pergunta: o que é o homem? Numa determinação ontológica desse tipo, o modo de compreender o homem fundamenta necessariamente a compreensão da saúde.

Como se depreende das lições de Heidegger (2001), se o homem é entendido como animal racional, o modo de ser do homem é determinado ontologicamente pela compreensão da natureza, dado que todo animal é parte da natureza. A compreensão do homem como ser natural, a que se determina adicionalmente como racional, é muito antiga, mas ainda é aquela que predomina nas ciências médicas. Contudo, a partir do século 18, o século de Descartes, o natural da saúde passa a ser apreendido através da representação de uma multiplicidade de “objetos naturais” em que é dividido o homem: a fisiologia humana, com seus sistemas, seus órgãos e funções. A doença é ontologicamente identificada com a anormalidade desses objetos naturais, sendo estes avaliados pelo exame clínico e pelos dados laboratoriais, sempre de acordo com escala de mensuração (há o caso

particular da saúde mental, que não é redutível a este tipo de compreensão, por envolver comportamentos objetivos e subjetivos, mas isto é tema que está além do escopo deste artigo).

Contudo, é possível que se faça uma determinação ontológica da saúde do homem não através de objetos naturais, mas mediante uma determinação social do homem. Por exemplo, essa fundamentação pode surgir de uma teoria da saúde que se conforme com a ontologia social de Lukács ou com a fenomenologia existencial de Heidegger. Para Lukács (1980), o que determina a essência ontológica do homem é o trabalho enquanto ato teleológico. Neste caso, a saúde teria igualmente de ser pensada com base no modo de ser social do trabalho. Se fosse desenvolvida tal interpretação, estaríamos em face de uma determinação ontológica do homem que seria ao mesmo tempo uma determinação social da saúde. Do mesmo modo, Heidegger (2001) esboçou nos Seminários de Zollikon uma determinação ontológica da saúde do homem como um ser com os outros, um ser aberto, que se fundamenta na convivência e nas ocupações da cotidianidade.

Nessas duas formas potenciais de determinação ontológica, a essência do homem é entendida de tal maneira que transcende a causalidade natural. Por outras palavras, a natureza e sua causalidade não determinam o homem, mas ao contrário, o homem determina a si mesmo e à natureza, simultaneamente. A saúde passa a ser o modo particular de o homem se comportar como ser social em face de suas possibilidades cotidianas de vida. Explicitamente, na interpretação 'heideggeriana', o homem nunca é causado, mas responde a tudo que encontra no mundo como motivo para um comportamento aberto e livre.

Em contraste com essas e outras concepções do homem e da sociedade, a epidemiologia dos determinantes sociais, concebida por Marmot e Wilkinson, não dispõe de qualquer teoria da saúde para além daquela

dos objetos naturais que prevalece na biomedicina, do mesmo modo que ignora todas as teorias contemporâneas dos fenômenos sociais. Essa nova epidemiologia, que é apenas pseudossocial, arroga a si o direito de falar do social sem compreendê-lo como tal, sem ser capaz de adotar a este respeito qualquer abordagem teórica razoável e, muito menos, uma teoria crítica da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

HEIDEGGER, M. *Zollikon seminar protocols – conversation – letters*. Evanston: Northwestern University Press, 2001.

_____. *The basic problems of phenomenology*. Bloomington: Indiana University Press, 1988.

LUKÁCS, G. *Ontology of social being, volume 3: labour*. London: Merlin Press, 1980.

MARMOT, M.; WILKINSON, R.G. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

_____. *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

OLIVA, L.A.; 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*, v. 3, n. 4, nov. 2008. Disponível em: <<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Commission on Social Determinants of Health: final report*. Geneva, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2009.

RAPHAEL, D. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2004.

Recebido: Julho/2009
Aprovado: Agosto/2009