

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: o embate teórico e o direito à saúde¹**Vera Maria Ribeiro Nogueira**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: o embate teórico e o direito à saúde

Resumo: Este texto debate as tensões existentes entre duas perspectivas interpretativas sobre os determinantes sociais da saúde e evidencia, no âmbito da ação profissional, o impacto na garantia e na expansão do direito à saúde em decorrência da adoção de uma ou de outra perspectiva. Para tanto, refaz a trajetória histórica e teórica dos determinantes sociais, contextualiza o debate acerca do tema, apresenta os aspectos conceituais e as divergências centrais entre a posição considerada herdeira do modelo epidemiológico norte-americano e a posição construída a partir da epidemiologia social latino-americana. Conclui destacando desafios e possibilidades às Unidades de Ensino de Serviço Social visando uma formação acadêmica qualificada, tanto para a intervenção quanto para as análises referentes as interfaces entre o Serviço Social e a área da saúde.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde, direito à saúde, política de saúde, ação profissional.

SOCIAL DETERMINANTS IN HEALTHCARE: the theoretical debate and the right to healthcare

Abstract: This text debates the tensions between two interpretative perspectives about social determinants in healthcare found in the realm of professional action, the impact on guarantees to and expansion of the right to healthcare due to the adoption of one or the other. The study retraces the historic and theoretical trajectory of social determinants, contextualizes the debate about the issue, presents the conceptual factors and the central disagreements between the position considered to be inherited from the U.S. epidemiological model and the position constructed from Latin American social epidemiology. It concludes by highlighting the challenges and opportunities for social service schools in providing qualified academic education for both interventions as well as for analyses about the relationship between social service and healthcare.

Key words: Social determinants of healthcare, right to healthcare, healthcare policy, professional action.

Recebido em: 04.04.2012. Aprovado em: 22.10.2012.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o assistente social atuou na interface saúde – meio social, notabilizando-se pela sua funcionalidade coadjuvante no tratamento das enfermidades na medida em que o objeto de intervenção – a doença, era reconstruído pelo detentor do saber necessário à sua cura, ou seja, o médico. Situava-se como um profissional paramédico, desempenhando a competência esperada e norteado pelo paradigma de atenção que orientou o sistema nacional de saúde até a década de 1980. Consolidado como hegemônico, o modelo de atenção à doença foi contestado, na década de 1970, pelo movimento da reforma sanitária, que propôs um sistema de saúde construído com base na universalidade, responsabilidade do Estado, integralidade e, especialmente, outra concepção de saúde, entendendo-a como determinada socialmente, concepção construída nos marcos da epidemiologia social latino-americana. Na disputa entre os dois projetos de saúde, antagônicos quanto aos princípios, valores e modelos sanitários, vence o proposto pelo movimento sanitário, sendo inscrito na Constituição brasileira de 1988. Entretanto, o embate continua, pois ambos os projetos contêm, em si, os pressupostos que distinguem os projetos societários. Por esta razão, é de fundamental importância especificar as distinções entre o que significa adotar a referência dos determinantes sociais da saúde, ou da determinação social, como nexos explicativos do processo saúde-doença.

Como esperado, as inovações constitucionais contemplam uma radical alteração no paradigma de atenção sanitária, com a concepção ampliada de saúde. Em decorrência, foi necessário revisar o conteúdo e a intencionalidade das competências do assistente social neste campo. Tal ocorreu não só porque o assistente social passa a integrar legalmente o quadro dos profissionais de saúde, mas principalmente para incorporar, em seu fazer cotidiano, os valores e princípios adotados na Constituição brasileira, coincidentes com os princípios do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais².

A concretização destes princípios no espaço sócio-ocupacional da saúde significou e significa alterar ações profissionais centradas na doença para ações centradas prioritariamente na saúde, exigindo um repensar dos referenciais que balizam o fazer profissional. Por esta razão, as ações executadas sob o modelo da hegemonia médica são resignificadas e reconstruídas a partir do novo modelo, o qual relaciona de maneira inequívoca o social com a saúde. Impôs a exigência de uma postura analítica, crítica e com densidade teórica, tendo como pressupostos da ação profissional em saúde, em sua dimensão ético-política, a determinação social do processo saúde-doença/necessidades sociais

em saúde; na dimensão teórico-metodológica, a importância do referencial teórico relativo ao campo crítico das ciências sociais em saúde; e a dimensão técnico-operativa, constituída pela articulação das competências ético-política e teórico-metodológica face às demandas do real.

Nos últimos cinco anos, o debate dos determinantes sociais destaca-se entre os estudiosos e profissionais que atuam ou pesquisam a interface entre ciências sociais e saúde. O retorno deste tema na agenda da saúde no plano internacional se deve à reconquista, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de seu papel estratégico na orientação do setor, substituindo o Banco Mundial (BM), que dominou o cenário internacional na década de 1990. A Comissão dos Determinantes de Saúde (CDSS), aprovada na Assembleia da OMS, em 2004, e instituída em 2005, retomou e impulsionou a produção de conhecimento sobre o tema, instigando e favorecendo a multiplicação de pesquisas e relatórios, mobilizando profissionais, gestores e autoridades do campo sanitário. Esta ênfase é explicada pelo agravamento da situação de saúde em nível mundial, apresentada no longo informe da CDSS, publicado em 2008.

O relatório da Comissão expôs as evidências dos determinantes sociais na melhoria e garantia de saúde das populações, as disparidades entre os países e no interior dos países, sinalizando fortemente para a gravidade do problema sanitário em nível global e alertando para a responsabilidade do sistema econômico face ao ocorrido. Seu conteúdo provocou a convocação de uma Conferência Mundial a respeito do tema, visando sensibilizar a opinião pública internacional, os dirigentes de sistemas de saúde em todos os níveis, bem como autoridades governamentais dos países vinculados à Organização das Nações Unidas acerca das condições de iniquidades em saúde e da gravidade dos índices de morbi-mortalidade em certas áreas do planeta. Não sem razão, os mais empobrecidos e com altos índices de desigualdade econômica, desigualdades na gestão dos sistemas e desigualdades na oferta de bens e serviços de saúde.

Os documentos aportados como contribuição acadêmica à CDSS mostraram que a determinação social do processo saúde-doença “é uma área do conhecimento que oscila entre o absolutamente óbvio e o surpreendentemente oculto”, em que pese seu papel na organização dos processos e modelos de atenção à saúde. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 1).

As produções do período, no campo teórico-metodológico e no campo político, tornaram patentes as distintas visões sobre os determinantes sociais, seja na formulação de modelos de atenção à saúde sedimentando uma determinada concepção de saúde, tanto na definição das políticas, como

na adoção do modelo de atenção e financiamento âmbito, como ainda no âmbito da gestão dos sistemas de saúde. Isto é, trouxeram à tona as tensões entre posições distintas, as quais, a partir de um campo teórico definido, contemplam projetos sanitários contrapostos que se filiam a uma tradição universalista, pautada na garantia integral do direito à saúde ou busca consolidar a saúde como um bem privado, sujeito às leis do mercado.

Este debate está em aberto e merece entrar na agenda dos assistentes sociais, na medida em que a apreensão crítica sobre os determinantes sociais da saúde viabiliza uma ação mais efetiva frente às necessidades sociais, ampliando a garantia do direito universal e integral à saúde. Há que se levar em conta que a ênfase nos determinantes sociais, desde a Conferência de Alma-Ata, favoreceu a inserção mais qualificada dos assistentes sociais no campo da saúde, ainda que sob uma ótica limitada e pontual, que precisa ser superada.

No Brasil, a urgência de revisar o debate sobre os determinantes sociais é imposta pela expressiva e crescente presença dos assistentes sociais nos quadros profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) – brasileiro. Portanto, há necessidade de qualificar as suas ações, com base em referências teóricas sólidas e um claro compromisso político com as classes populares, através da incorporação da análise sobre o processo saúde-doença derivada do campo marxiano. A sedimentação do campo das ciências sociais em saúde, a partir de sua vertente crítica, ofereceu um vigoroso veio explicativo para a questão da determinação social do processo saúde doença, favorecendo a construção de referências analíticas úteis à profissão. O eixo interpretativo acerca da determinação social da saúde-doença ainda tem frágil repercussão entre a categoria profissional, presente em currículos de apenas algumas unidades de formação de assistentes sociais³. Por este motivo, não tem impacto na ação profissional, fato que contribui para ressaltar a oportunidade atual da discussão.

A oportunidade de aprofundar o debate, com uma reflexão mais acurada e crítica, decorre, também, da realização, em outubro de 2011, no Rio de Janeiro, da Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, reunindo estudiosos, gestores, técnicos, além de organizações não governamentais e governamentais dos países integrantes da Organização das Nações Unidas. Mesmo reconhecendo os limites das recomendações da Conferência, estas detêm uma força estratégica poderosa, subsidiando o discurso político em torno dos determinantes sociais da saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Pode-se afirmar a atualidade deste tema também para o Serviço Social na medida em que um dos conferencistas convidados para uma das plenárias do próximo Congresso Mundial de Serviço

Social, a se realizar em julho próximo, em Estocolmo, é o professor Michael Marmot, presidente da Comissão Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS.

Além do campo teórico, outros elementos de ordem geopolítica e econômica propiciaram a retomada do discurso sobre os determinantes sociais de saúde, presente em períodos históricos anteriores, não com esta denominação, mas com conteúdos explicativos similares. Nos anos 2000 retoma-se o debate iniciado a partir da Conferência de Alma-Ata e se intensificam os esforços, no plano analítico, para ampliar o conhecimento e as formas de intervenção mais adequadas sobre os determinantes sociais da saúde. Este revival foi detonado pela crise capitalista iniciada nos finais de 1970, na Europa, espalhando-se para os outros continentes nos últimos anos de 1980 e início de 1990. As soluções propostas pelos organismos de financiamento e fomento aos Estados nacionais para ajuste estrutural das economias, com destaque para a posição do Banco Mundial, agravaram as condições financeiras dos países situados na franja financeira do sistema mundial, com o retorno de moléstias já debeladas e o aumento exponencial da morbi-mortalidade. Destacou-se, de forma cabal, a assimetria entre países ricos e pobres, e as iniquidades no interior dos países, as desigualdades em saúde entre classe e etnias, decorrentes tanto das precárias condições de vida, como do reduzido acesso aos bens e serviços sanitários. Questões centrais, tais como “por que alguns adoecem e morrem de uma forma e outros não”, conduziram a própria Organização Mundial da Saúde a reconhecer o impacto do econômico sobre a saúde e encetar medidas em seu âmbito de ação.

Considerando o cenário exposto, este texto refaz a trajetória histórica dos determinantes sociais, contextualiza o debate sobre o tema, focando os pontos centrais das divergências entre a posição considerada herdeira do modelo biomédico e a posição crítica. Toma como referência empírica o relatório da CDSS/OMS, publicado em março de 2008, e a posição de autores filiados a uma posição crítica, de cariz marxiano, expressa em dois documentos. O primeiro consiste no relatório da Associação Latina de Medicina Social (ALAMES), encaminhado, em 2008, como um aporte para a Comissão dos Determinantes Sociais da OMS, e o segundo, o material produzido pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), no sentido de fomentar o debate nacional. Este texto aponta, ainda, o entrelaçamento dos determinantes sociais e sua relação com o Serviço Social, sugerindo desafios e pistas para se pensar as ações profissionais. Concluindo, indica as possíveis estratégias para subsidiar atores políticos vinculados ao setor saúde em sua luta, nos limites do capitalismo, para a ampliação e garantia do direito integral e universal à

saúde, considerando sua dimensão ampliada.

2 OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA HISTÓRIA

A constatação da relação entre saúde e formas de organização societária é antiga e parametrada pela concepção de saúde/doença decorrente da racionalidade hegemônica em cada época, contendo, portanto, elementos históricos, econômicos, sociais e culturais e favorecendo a construção de teorias interpretativas sobre o viver, adoecer e morrer. Estas teorias expressam maneiras de se pensar e organizar a sociedade e traduzem projetos filosóficos e sociais distintos, quando não antagônicos. Em outros termos, as teorias interpretativas dão suporte a projetos de intervenção que atendem a necessidades sociais consideradas legítimas, como apontam Oliveira e Egrý (2000). Infere-se, assim, que a saúde, ou a sua ausência, refletem formas de consciência coletiva, podendo-se afirmar não ser a saúde um conceito científico, e a enfermidade ser um conceito unicamente no plano da ciência cartesiana. Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos à constante avaliação e mudança pelo entorno social, o qual é determinado essencialmente pela estrutura de classe social, e, secundariamente, com as relações que os indivíduos estabelecem com o mundo objetivo. (GARCIA, 1995). Assim, se reconhece que as concepções sobre a saúde e a doença são limitadas pelo desenvolvimento teórico conceitual da ciência e particularmente por posições ideológicas que favorecem a centralidade e a legitimidade de determinadas opções conceituais.

A teoria miasmática, hegemônica do século VIII ao XIX, debitava as questões socioambientais às causas das doenças, situando-se como as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença, marcando o início dos modelos de interferência estatal na saúde. Tal interferência ocorreu nos países onde a crescente industrialização e os processos de urbanização decorrentes provocaram a degradação das condições ambientais nas cidades mais industrializadas da França, Alemanha e Inglaterra. Este processo favoreceu a consolidação de teorias relacionando a ocorrência das doenças às condições de vida da população, veiculando a ideia da medicina como uma ciência social, conforme assinalam Ribeiro (2004) e Pelegrini Filho (2011), trazendo a contribuição de Virchow, Chadwick e Engels.

As ações sobre o processo saúde-doença consistiam em um conjunto de intervenções sistemáticas sobre o ambiente físico para torná-lo mais seguro, configurando-se como iniciativas pioneiras no campo da saúde pública. A miséria e os miasmas eram invocados para explicar a disseminação das enfermidades e a necessidade da intervenção para

além do plano individual, acentuando-se a dimensão pública da saúde. Os engenheiros e administradores públicos se destacavam como os profissionais responsáveis pelas condições de saúde, e as ações encetadas conseguiram responder às demandas relacionadas aos novos processos de organização da vida cotidiana nas áreas industrializadas. Posteriormente, as descobertas de Pasteur, Koch e outros, para a cura das doenças infecciosas e o desenvolvimento das vacinas, irão colaborar na construção de um novo paradigma, com enfoque bacteriológico. Instaure-se o conflito entre o novo paradigma e o da saúde pública, na busca da hegemonia de um novo campo de conhecimento, de prática e de educação. Nesta luta:

A bacteriologia firmou-se como a concepção vitoriosa abandonando-se os critérios sociais na formulação e solução dos problemas de saúde das populações que vinham sendo sistematicamente aplicados pela "polícia médica" alemã, pela "medicina urbana" francesa e pelo "sanitarismo" inglês. (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007, p. 77).

Tal decisão representou o domínio do conceito da saúde pública orientada ao controle de doenças específicas, fundamentada no conhecimento baseado na bacteriologia e contribuiu para "estretar" o foco da saúde pública. (BUSS; PELEGRINI, 2007). Esta passa a distanciar-se das questões políticas e dos esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo. Contribuiu, também, para a consolidação do modelo biomédico, baseado nos princípios científicos erigidos pela ciência cartesiana.

O primeiro documento sobre Determinantes Sociais da Saúde, elaborado por solicitação da CDSS, repõe com clareza os fatores que determinaram o giro ocorrido em relação à saúde pública na década de 1950.

Uno de ellos fue la sucesión de grandes adelantos en la investigación de medicamentos que dio lugar en este período a una serie de antibióticos nuevos, vacunas y otros medicamentos, lo que infundió en los profesionales sanitarios y el público en general la idea de que la tecnología encerraba la respuesta a los problemas mundiales de salud. [...] Otro cambio clave en el contexto político fue la retirada temporal en 1949 de la Unión Soviética y otros países comunistas de las Naciones Unidas y sus organismos respectivos. [...] A pesar de la función clave de los EE.UU. en la redacción de la Constitución de la OMS, los funcionarios estadounidenses se mostraron reacios en ese momento a hacer hincapié en un

modelo social de salud cuyas alusiones ideológicas fueran mal recibidas en el escenario de la guerra fría. (IRWIN; SCALI, 2005, p. 10).

O resultado foi a aplicação do modelo biomédico nas iniciativas e ações de saúde pública via prevenção das doenças, através do controle dos agentes patogênicos, caracterizando-se por programas verticais, focalizados, e em campanhas dirigidas a doenças, desconsiderando o contexto social e a pessoa.

Nos anos 1960 e 1970, nos países empobrecidos, reinou o enfoque da saúde comunitária, sob a batuta da OMS. Este modelo privilegiava profissionais de saúde contratados localmente, com reduzida formação no campo sanitário, com a função de partilhar, entre vizinhos, princípios de educação sanitária e ações preventivas.

Os débeis resultados alcançados motivaram a própria OMS a reverter sua postura, e em 1978, na Conferência de Alma-Ata, propõe o desafio de "Saúde para todos no ano 2000". Encabeçado pelo próprio presidente, o discurso da OMS, alertou para a incapacidade dos enfoques, até então difundidos, de alterar positivamente a situação de saúde dos países. Portador de uma postura humanista acentuada, esta proposta sinaliza para a eliminação de qualquer obstáculo para a saúde, como a desnutrição, a ignorância, o problema da contaminação da água potável e ausência de higiene. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978).

Toma corpo, e é amplamente difundida, a estratégia da Atenção Primária em Saúde (APS), com três princípios filosóficos centrais: concentrar os recursos de saúde dos hospitais para satisfazer as necessidades básicas da população empobrecida; a participação da comunidade nas ações sanitárias, evidenciando uma crítica ao modelo médico; e o terceiro, onexo explícito entre saúde e desenvolvimento social. Devido ao seu conteúdo político, ameaçadores a uma ordem capitalista estabelecida, surgiram diversas críticas sobre o modelo proposto. Uma das consequências foi o desdobramento da APS em APS seletiva, a qual suaviza o teor político original proposto em Alma-Ata ao centrar-se unicamente em aspectos vinculados estritamente à doença e reduzida ação em ações preventivas de largo alcance.

Embora tenha alcançado resultados em alguns países, outra severa crítica ao enfoque seletivo adotado pela APS foi limitar-se ao campo sanitário, não enfrentando o princípio da justiça social e da equidade. Há que se levar em consideração o momento de crise do capitalismo mundial. Nesta situação, o enfoque seletivo traduz um modelo de atenção muito conveniente para o ajuste das economias nacionais, pois o setor que mais favorece a acumulação capitalista, nos dias atuais, é o setor terciário da economia, sendo a

saúde a área de maior dinamismo nesse processo. (CARVALHEIRO, 2000). Alguns fatores levam a essa situação ímpar. O trânsito de uma atividade cuja origem e fundamento centrava-se no bem estar, com um alto sentido humanitário, para uma atividade na qual a racionalidade ordenadora de seu encaminhamento é o lucro.

O documento Investindo em Saúde, do Banco Mundial (1993), é a referência da comunidade reunida sob o rótulo de economia da saúde. Alerta para o descontrole financeiro dos Estados nacionais e o risco de um colapso econômico, se não forem procedidas reformas drásticas nos sistemas de seguridade social, notadamente na saúde e na previdência social. O documento avoca para o BM a prerrogativa de ser o grande mentor e a agência financiadora de um futuro com saúde para todos.

O diagnóstico sobre a crise do setor saúde focalizou essencialmente os Estados nacionais como os responsáveis pela má alocação de recursos, pela ineficiência, pelo alto custo dos serviços sanitários e pela iniquidade, entendida como não acesso aos mais pobres. Em face de tal diagnóstico, foram propostas três medidas estratégicas: criar um ambiente propício para que as famílias melhorassem suas condições de vida; tornar mais criteriosos os gastos públicos com saúde; e promover a diversificação e concorrência.

Curiosamente, como sinalizam Rocha (1999) e Laurell (1995; 2000; 2002), o documento propõe financiar e garantir a implementação de um pacote de serviços clínicos essenciais a ser definido por cada país como uma das medidas. Entretanto, na orientação para os países em desenvolvimento, delimita os serviços clínicos essenciais em assistência à infância, planejamento familiar, atendimento pré-natal, tratamento de tuberculose e das doenças sexualmente transmitidas e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST-AIDS). Além do mais, não menciona a situação social e interdita o debate acerca dos determinantes sociais de saúde, tratando a proteção à saúde como uma questão gerencial e a saúde como um bem comercial. (NOGUEIRA, 2002).

Tais medidas, contudo, provocaram o violento empobrecimento de grande parte da população, não só do mundo capitalista ocidental periférico, como de extensos grupos populacionais que habitam e vivem precariamente nos grandes e modernos centros urbanos dos países desenvolvidos. No plano sanitário, houve o retorno de moléstias infectocontagiosas e se alastraram surtos epidêmicos de enfermidades já erradicadas, além da AIDS e da exacerbação da violência, considerada um problema de saúde pública.

Neste cenário, a OMS retoma o debate sobre os determinantes sociais de forma mais incisiva em meados de 1990, entendendo que a revitalização da Saúde para Todos inclui pensar

a ação intersetorial como um fator-chave para as estratégias sanitárias públicas. Buscando apoio na área acadêmica, apresenta, na Conferência Internacional de Halifax, em 1997, o debate centrado na intersectorialização, recolocando na agenda, por esta via, os determinantes sociais de saúde. Outra razão para colocar em pauta o tema foi a divulgação do Relatório Lalonde, em 1974, do Canadá, e o Relatório Black, em 1980, do Reino Unido. Este último teve escassa repercussão entre os governantes ingleses do Partido Conservador, qualificado como utópico (IRWIN; SCALI, 2005). Contrariamente, despertou forte interesse entre pesquisadores, favorecendo uma vasta produção comparando sistemas de saúde e levando em conta as questões políticas além de confirmar, de forma inequívoca, a relevância dos determinantes sociais.

3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: bases conceituais em conflito

O conceito de determinantes sociais de saúde surgiu a partir de uma série de documentos publicados nos anos 1970 e no início dos anos 1980, os quais destacavam as limitações das intervenções orientadas pelo risco de doença.

Objetivamente, tais estudos evidenciavam a relação positiva dos determinantes aos fatores que colaboram para as pessoas ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes.

De forma quase consensual, os determinantes sociais de saúde, atualmente, são entendidos como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Seriam os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Esta concepção, segundo Buss e Pelegrini (2007, p. 2), pautando-se em Nancy Krieger,

Introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação.

Os determinantes sociais explicam a maior parte das iniquidades sanitárias – as diferenças injustas e evitáveis observadas na situação sanitária dos países, expressando formas perversas de organização societária, priorizando a saúde como bem comercial e não como valor universal. Contém uma dimensão objetiva - condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente, e uma dimensão subjetiva – que

se refere à interpretação e à forma como as pessoas vivem e enfrentam estes processos a partir de uma intersubjetividade coletiva, um dos fatores que confirmam o componente social dos determinantes. (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008).

Reconhecer que o processo saúde-doença é determinado socialmente implica uma posição sobre o modelo societário e a escolha de uma referência teórica para explicar sua dinâmica. Adquire centralidade a opção pela perspectiva teórica, pois é a partir da mesma que se reconstrói e se interpreta a totalidade social é quando

Se hacen visibles los procesos sociales esenciales y en el terreno metodológico, se desarrollan aproximaciones que permiten descifrar la realidad y reconstruir los grupos humanos en los que se expresaría con mayor claridad la dimensión social de la salud y la historicidad de la biología. (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008, p. 324).

Este é o impasse entre uma visão calcada em uma epidemiologia social das doenças, herdeira da epidemiologia social norte-americana, com os fatores determinantes ocupando uma posição similar, e a posição que os apreende em uma ordem hierárquica, com a centralidade do vetor econômico e da divisão de classes em sua estruturação. Estas duas matrizes comportam particularidades internas, não sendo unívocas, e embora permeadas por distinções, é possível agrupá-las a partir de seus marcos referenciais e modelos teóricos.

A primeira matriz teve um adensamento conceitual ao longo dos anos, aprimorando-se as bases de análise e incorporando os fatores sociais a partir de sua funcionalidade em relação à produção da doença, complexificando-os a partir das construções teóricas e novas modelagens a respeito. Almeida Filho (2004), ao analisar e propor uma abordagem para os determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis, afirma que se deve ao marco teórico da sociologia funcionalista a estruturação de modelos psicossociais de saúde complementados posteriormente com a abordagem neodurkheimiana das desigualdades sociais e capital social.

Atualmente são bastante conhecidos os modelos derivados desta matriz, a seguir relacionados:

- Dahlgren e Whitehead - a partir do indivíduo, estabelece níveis de influência entre os fatores que determinam as desigualdades desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais. Ou seja, indivíduos têm idade, gênero e fatores genéticos, apresentam comportamento e estilos de vida distintos, têm influência da sociedade e da comunidade e dos fatores associados a condições de vida e de

trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais e, por fim reportam-se às condições sociais e econômicas. (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1992; COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005; BUSS; PELEGRINI, 2007);

- Diderichsen e Hallqvist, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead - Este modelo enfatiza a criação da estratificação social pelo contexto social, que delega aos indivíduos posições sociais distintas, as quais definem suas oportunidades de saúde. (DIDERICHSEN et al, 2011);
- Brunner, Marmot e Wilkinson - Tal modelo articula as perspectivas da cura da doença às da saúde pública (preventiva), incorporando na análise as múltiplas influências pelas quais passa o indivíduo no decorrer da vida. Ilustra como as desigualdades socioeconômicas, em resultados de saúde, são consequência das diferenças de exposição ao risco ambiental, psicológico e comportamental no decorrer da vida. (MARMOT, 2001a; 2001b; COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005, p. 13).

A segunda matriz interpretativa é herdeira da tradição marxista e se inscreve no âmbito da epidemiologia social latino-americana da década de 1970. A ideia da articulação do pensamento social na saúde não é recente, remontando ao início do século passado. Todavia, a dimensão crítica do social na saúde aparece com a incorporação da teoria marxiana ao pensamento sanitário brasileiro através da análise das condições de saúde da população, relacionando-as com os componentes estruturais das sociedades capitalistas.

O conceito de determinação social da saúde e da doença decorre dos estudos pioneiros que buscaram interpretá-lo a partir da compreensão marxista da sociedade. Assinalam, tais estudos, que os perfis de saúde e morbi-mortalidade dos grupos sociais são determinados pelas formas de produção, consumo e distribuição dos bens e serviços de uma dada sociedade. Partem da premissa que nas formações capitalistas, os processos de reprodução social expressam a contradição entre propriedade privada, produção coletiva e apropriação da riqueza, tornando as relações de poder assimétricas e opressivas, repercutindo diretamente no padrão de saúde.

Las desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros. (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008, p. 326).

O que caracteriza esta abordagem, e as propostas que dela decorrem, é a exigência de se analisar as condições de saúde da população a partir dos componentes estruturais das sociedades capitalistas: processo de trabalho, relações de produção, classes social, e assim por diante. Contrapõe-se radicalmente à matriz anterior, entendendo que as condições sociais viabilizadoras de saúde ou de doença devem ser interpretadas incorporando-se uma multiplicidade de determinações – a síntese de múltiplas determinações, ou seja,

[...] de atribuições conceituais que, combinadas adequadamente, permitem transformar a ideia abstrata da saúde em algo que expressa, antes de tudo, as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2009).

Esta acepção é central, pois afasta qualquer possibilidade de adesão às perspectivas que abordem os determinantes sociais da saúde de forma abstrata, sem uma teoria explicativa acerca da sociedade e sua forma de produção e reprodução social, adensando com formulações sobre relações entre saúde, sociedade, economia, democracia e políticas públicas.

Tanto as concepções da Medicina Social como a da Saúde Coletiva colocam em posição de destaque o aspecto político contido nos determinantes sociais, como bem apontam o relatório da ALAMES (2008) e Arrelano, Escudero e Carmona (2008, p. 327).

La MS-SC reconoce que la noción de determinantes sociales de la salud (DSS), posee una doble connotación en términos de lo político. Por una parte, se incluye dentro de los determinantes de la salud a la dimensión política y por otra se asume que la modificación del conjunto de determinantes de la salud exige la acción política.

4 O DEBATE ATUAL: pontos de tensão

A existência de uma Comissão nomeada pela OMS para ampliar o debate a respeito dos determinantes sociais da saúde representou um avanço no momento em que se identifica uma tendência mundial em tornar o acesso à saúde uma questão de mercado - um bem mercantil, com o escopo de reduzir as despesas estatais com o setor. Desloca-se o foco da discussão dos direitos para aspectos econômicos, tecnocráticos e gerenciais. O relatório da Comissão tem o mérito de colocar em relevo o social na saúde, conforme ressaltam López, Escudero e Moreno (2008)

Aponta o informe a relação entre as desigualdades em saúde e a distribuição desigual de

poder, de renda, de bens e serviços, tanto em nível mundial como nacional, debitando a esta desigual distribuição as evidentes injustiças, que não são um fenômeno natural, mas resultado de perversas combinações de políticas e programas sociais infrutíferos, decorrentes de ajustes econômicos injustos e de composições políticas nefastas. (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2008, p. 14).

A contribuição da Comissão, face ao quadro de evidências, são recomendações especialmente de ordem política, como se infere a seguir.

A primeira recomendação diz respeito à importância de se melhorar as condições de vida, marcando a equidade desde o início da vida, garantida através de proteção social universal ao longo da vida e atenção universal à saúde como um dever do Estado. Não se restringe ao indivíduo, mas propõe um entorno saudável para uma população sadia e práticas justas em termos de emprego e trabalho digno; a segunda recomendação dispõe sobre o campo econômico, propondo a luta contra a distribuição desigual de poder e dinheiro. Sugere, neste âmbito, que a equidade sanitária seja a medida do bom governo. Propõe a imposição de impostos regressivos, contribuindo para a melhoria econômica das famílias e o aumento da ajuda internacional em até 0,7 do PIB, para países com graves problemas sanitários. Consta ainda, como proposição, avaliar o impacto dos acordos econômicos na equidade sanitária, o reforço do Poder Público na prestação de bens e serviços de saúde e a ampliação de políticas promotora da equidade de gênero; a terceira recomendação vincula-se à continuidade de evidências sobre as desigualdades em saúde, assinalando a importância de serem utilizadas na formulação de políticas e programas resolutivos. (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2008).

Não descartando a relevância estratégica do Relatório da CNSS, a ALAMES (2008) aponta restrições quanto à limitação conceitual e política contida no mesmo, sintetizadas nos seguintes pontos - ausência de elaboração teórica explícita sobre a sociedade; uma definição ambígua sobre determinantes sociais; referência superficial sobre os determinantes estruturais; concepção da desigualdade como problema meramente redistributivo; excessiva importância concedida às evidências que levam a desigualdades repondo paradigmas dominantes de epidemiologia e de saúde pública tradicional e a conversão dos determinantes sociais em fatores, debilitando-os em sua dimensão de processos sócio históricos.

Algumas recomendações contemplam uma visão limitada da configuração e da dinâmica do desenvolvimento das sociedades capitalistas, com políticas abstratas e descontextualizadas para reduzir as desigualdades sociais e que sinalizam

mais para resolver problemas gerenciais, denotando ainda um alinhamento com posições conservadoras derivadas das propostas do BM.

O predatório desenvolvimento capitalista atual, que causa destruição, mortes e sofrimentos nas populações, e os processos de globalização que acentuam as iniquidades em saúde não são abordados. Ao não relacionar as desigualdades da saúde com os limites da formação capitalista, submetendo-a a lógica mercantil, torna a atividade dos atores políticos assunto de vontades, desconhecendo as relações de poder presentes nos distintos níveis de intervenção. A ausência de referência do papel dos atores transnacionais com muito peso sobre a saúde e alimentação pode ser considerada outra inconsistência do relatório. (ALAMES, 2008; ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008).

Concluindo a apreciação crítica, afirma o documento da ALAMES (2008, p. 6) que:

En síntesis, el informe de la CDSS cumple con amplitud su propósito de reunir evidencias sobre las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en salud y en destacar la importancia de los determinantes sociales, pero es insuficiente para avanzar en la comprensión del origen de los problemas, lo que Benach y Muntaner señalan como "las causas, de las causas, de las causas".

A crítica do CEBES é similar, em inúmeros pontos, à análise da ALAMES, e mais contundente ao pontuar, explicitamente, o alinhamento do Relatório aos interesses das agências internacionais de financiamento e fomento. "Na verdade, o relatório da OMS cumpre a pauta neoliberal. Este relatório despreza o pensamento e a análise crítica e isso é bastante ofensivo, até reducionista". (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2011, p. 6).

Tece uma crítica ao método de investigação utilizado pautado na biomedicina e na epidemiologia, pois

Traz o pressuposto inaceitável de que o social se encontra nas populações, mas que, em si mesma, a saúde do homem é algo natural. Esta interpretação leva ao determinismo social, já que a saúde e a sociedade são entendidas de forma positivista, ao excluir a história e a práxis humana, isto é, os espaços de liberdade dos indivíduos e da coletividade. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2011, p. 2).

5 CONCLUSÃO

Em que pesem as críticas acerca das debilidades teóricas e políticas do relatório da

CDSS, sua contribuição estratégica pode e deve ser explorada pelos assistentes sociais como uma ferramenta útil para dar visibilidade aos aspectos estruturais relativos às condições sanitárias, além de viabilizar o trânsito para aspectos particulares e peculiares incidentes sobre as condições de vida e saúde da população. O informe adensa o discurso a respeito do direito à saúde ao deixar claro que os limites estruturais estão na base das desigualdades em saúde, debilitando o forte discurso biologicista. Invoca explicitamente o papel político dos atores responsáveis pela atenção à saúde, destaca a responsabilidade dos gestores e da academia.

Os documentos estudados, sem pretender impor um modelo interpretativo acabado, indicam desafios e pistas frutíferas para serem debatidas e adotadas no âmbito profissional, neste momento crucial de ameaças concretas da destruição do direito universal à saúde.

A mais urgente é fortalecer a reflexão crítica nos espaços acadêmicos e formar profissionais (mediadores estratégicos) com capacidade teórica, competências técnicas e políticas, capazes de concretizar propostas inovadoras, como transpor o fosso entre discurso e ação. Tal postura implica aprofundar e estabelecer a distinção entre categorias teóricas aparentemente consensuais de gestores e profissionais, desvelando-as a partir da análise das práticas institucionais negadoras do direito e da equidade em saúde. Qual é o real significado de equidade em saúde? Desigualdade em saúde é similar à desigualdade social? Como estas categorias são ou podem ser utilizadas na elaboração da leitura do real que impacta as condições de vida? O que é focalizar em saúde?

Outro desafio é incluir no debate os usuários dos serviços de saúde e suas organizações representativas, quando contarem com este recurso. Para tanto, torna-se necessário traduzir o discurso teórico da determinação do processo saúde-doença em um discurso que possa ser compreendido pelos gestores, usuários e profissionais envolvidos com a questão saúde.

Incrementar a discussão sobre os determinantes sociais nas unidades de ensino de graduação e pós-graduação em Serviço Social de modo a tornar cada vez mais evidente e particularizado o papel e as competências dos assistentes sociais no campo da saúde.

Somente desta forma pode-se colaborar no enfrentamento das ameaças que rondam cotidianamente os direitos universais e integrais no campo das políticas públicas, tanto em nível nacional como internacional. E neste embate, o conhecimento é arma poderosa, razão pela qual se destaca o papel das Unidades de Ensino de Graduação e Pós-graduação neste cenário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004.

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, Bronx, NY, v. 3-4, nov. 2008. Disponível em: <<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>>. Acesso em: 12 mar. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Pesquisa Avaliativa da Implementação das Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social**. Recife, 2008. CD-ROM.

ASSOCIAÇÃO LATINA DE MEDICINA SOCIAL. **Taller latinoamericano sobre los determinantes sociales de la salud**. Mexico, DF, 2008. Disponível em: <www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2009.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: investindo em Saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

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

CARVALHEIRO, J. R. Os desafios para a saúde. **Estudos Avançados USP**, São Paulo, n. 35, p. 7-10, 2000.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde**. Documento conjunto CEBES/ALAMES. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/listagem.asp?idSubCategoria=54>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

_____. **Rediscutindo a questão da determinação social da saúde**: termo de referência para seminário do CEBES. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <cebes.org.br/.../Termo%20%20Determinacao%20Social.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2009.

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/es/index.html>>. Acesso em: 23 jul. 2008.

_____. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. 2009. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br/.../T4-2_CSDH>. Acesso em: 20 mai 2009. 2009.

_____. **Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación:** resúmen analítico del relatório final. 2005. Disponível em: <www.who.int/social_determinants>. Acesso me: 18 jul. 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1., 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários.** Alma-Ata: OMS/UNICEF, 1978. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2011.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promte equity in health.** 1992. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414%282%29.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2005.

DIDERICHSEN, F. et al (Eds.). **Challenging inequities in health: from ethics to action.** Nova York: Oxford University Press, 2011.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Determinação social da saúde. In: PROGRAMA ÁGORA. (Org.). **Guia do profissional em formação:** curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 1. ed. Minas Gerais, 2009. v. 1, p. 25-32.

GARCIA, J. C. Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina: 1880-1930. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 5, n. 1, 1995.

IRWIN, A; SCALI, E. **Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud:** aprender de las experiencias anteriores. 2005 Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/en/>. Acesso em: 27 mar. 2007.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 151-178.

_____. La lógica de la privatizacion en salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde:** o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. La salud: de derecho social a mercancia. **Boletín APS**, Quito, n. 5, p. 81-92, ago. 2000.

MARMOT, M. Economic and social determinants of disease. **Bulletin of the World Health Organization**, Switzerland, v. 79, n. 10, 2001a.

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v79n10/79n10a14.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2011.

_____. Inequalities in Health. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 345, n. 2, 12 jul. 2001b. Disponível em: <http://www.mindfully.org/Health/Inequalities-In-Health-Marmot.htm . Acesso em: 28 mar. 2011.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do Estado brasileiro:** construindo uma nova agenda. 2002. 343 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** 2011. Disponível em: <www.saudecomdilha.com.br/.../leia-a-declaracao-politica-do-rio-sob>. Acesso em: 10 dez. 2011.

PELEGRINI FILHO, A. Políticas públicas e determinantes sociais da saúde: o desafio da produção e uso das evidencias científicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27, p. 135-S140, 2011. Suplemento 2.

RIBEIRO, Helena. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saude Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, Apr. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 oct. 2012.

ROCHA, P. M. **Banco Mundial e saúde:** a marcha liberal dos Anos 90. Rio de Janeiro: UERJ, 1999. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 196)

Notas

¹ Um resumo deste texto está publicado nos Anais do XX Seminário Latino-americano de Escolas de Serviço Social, realizado em setembro de 2012, na cidade de Córdoba, Argentina.

² Ampliando a apreensão sobre este ponto, torna-se importante observar sua relação com a construção realizada no âmbito da categoria profissional, entre os anos 1970 e 1990, liderada pelas entidades representativas do Serviço Social, sentido de marcar uma nova postura ética, política e teórica. Este movimento, denominado Projeto Ético-Político Profissional, vincula-se a um projeto societário maior, que tem na liberdade seu valor central e posiciona-se

politicamente em favor da equidade e justiça social na perspectiva da universalização dos direitos e da ampliação e consolidação da cidadania. No que se refere à atuação profissional, o projeto implica o compromisso com a competência, o que demandou uma ação efetiva na área da formação e do exercício profissional, exigindo uma revisão curricular para dar conta da nova postura, por parte da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social e, igualmente, estratégias diversas para atualização dos assistentes sociais pelo Conselho Federal e Regionais de Serviço Social, ou seja, o conjunto CFESS/CRESS.

- ³ Esta afirmativa tem como referência a avaliação das diretrizes curriculares realizada pela ABEPSS (2008), sendo que unicamente em duas Unidades de Ensino se menciona a disciplina de Seguridade Social, incluindo a saúde; em duas ministram as disciplinas Serviço Social e Saúde e Serviço Social e Política de Saúde, e em quatro Unidades de Ensino, Saúde do Trabalhador. A ausência de pesquisadores assistentes sociais no edital do CNPq sobre determinantes sociais da saúde corrobora a afirmação.

Vera Maria Ribeiro Nogueira

Assistente Social
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina
Professora do Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
E-mail: vera.nogueira@pq.cnpq.br

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Campus Universitário - Centro Sócio-Econômico -
Trindade - Florianópolis - SC
CEP: 88040-900