IARA DE OLIVEIRA LOPES

**O DISCURSO DA COMISSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA
SAÚDE: AVANÇO POLÍTICO OU MUDANÇA RETÓRICA?**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Celia Maria Sivalli Campos

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lopes, Iara de Oliveira

O discurso da comissão dos determinantes sociais da saúde: avanço político ou mudança retórica? / Iara de Oliveira Lopes. São Paulo, 2017.

166 p.

Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Desigualdades em saúde. 2. Determinantes.
3. Equidade. 4. Saúde pública. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Iara de Oliveira Lopes: O discurso da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde: avanço político ou mudança retórica?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para as pessoas que, pelos valores que têm
e que pela forma de serem no mundo,
eu escolhi como família.
Em especial ao meu pai,
Mário (souzalopes),
poeta e socialista (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

À Celia, pelo privilégio que tive de contar com sua generosidade na orientação dedicada, precisa e inspiradora. Pela cumplicidade intelectual e política. Por tudo o que dividimos antes e durante a elaboração desta dissertação.

À minha família por toda vida, mas também por todo tipo de ajuda que deu para a concretização deste trabalho. À minha mãe Márcia, pelo incentivo intelectual e pelo empenho e energia que sempre empregou para que eu realizasse minhas aspirações. Ao meu irmão Guilherme, pela coerência rigorosa, pela presença e por estar sempre disponível em ajudar. À minha irmã Bárbara, que desde criança me ajuda a entender o mundo e também pela leitura, revisão e formatação dos manuscritos.

Aos prof^{es} dr^{es} Eduardo Stotz, Cassia Baldini Soares, Maria Rita Bertolozzi e Francisco Lacaz pelas contribuições imprescindíveis no exame de qualificação.

Ao grupo de pesquisa “Fortalecimento e desgaste no trabalho e vida: bases para a intervenção em Saúde Coletiva” que me acolhe desde 2005 e que mais que um grupo acadêmico, é um espaço de reflexão que o cotidiano do trabalho em saúde, geralmente, não proporciona.

Ao grupo de estudos d’O Capital, coordenado pelo professor Áquilas Mendes, pelo aprendizado e pelo debate animado.

À Débora, companheira da luta, pelas ajudas neste trabalho e por tantas outras.

À Dani, amiga querida, pela prontidão em traduzir o resumo para o inglês.

Aos usuários do SUS e às trabalhadoras e trabalhadores da saúde, com os quais aprendo cotidianamente. Ao pessoal da EMAD e ao seu coordenador Francisco, pela compreensão e apoio para a realização desta dissertação no último ano.

À professora Ana Cristina Brêtas, que me apresentou a Saúde Coletiva como um campo de militância logo no primeiro ano da graduação em Enfermagem.

Ao movimento estudantil de enfermagem, de quem sempre serei devedora. Em especial aos companheiros Américo, Hozana e Osvaldo.

À Fabiana Ratti, com quem divido meus desejos.

Às amigas e aos amigos, contemporâneos desses tempos intranquilos. À Aline, pela amizade e cuidado em todos momentos. Aos queridos de *Passárgada*, em nome de Marcão, Simone, Juliana e Clarissa, pela alegria e pelos sonhos. À Ana Cláudia, pela firmeza nos princípios e pela força que sempre nos empresta.

À Maria Alice, pelo carinho e pelo trabalho, que viabilizaram esta dissertação.

Por fim, agradeço aos que vivenciaram comigo os prazeres e as angústias dos dois últimos anos. Ao Ronny, meu companheiro, pelo apoio incondicional, pela comunhão nos projetos e pelas conversas que alimentaram este trabalho. À Rosa, filha amada, na expectativa de que as contradições impostas pelos acontecimentos históricos dos últimos anos ampliem o horizonte político de sua geração.

A existência de uma igualdade verdadeira e real entre as pessoas é impossível enquanto houver o sistema capitalista. Enquanto todos os meios de produção e fontes de riqueza (terras, fábricas, máquinas e assim por diante) forem propriedade privada de um punhado de titulares, e toda a massa do povo viver do aluguel de suas mãos trabalhadoras, toda a humanidade estará dividida entre exploradores e explorados, ricos e pobres, senhores e oprimidos, os que usufruem da educação e aqueles privados da possibilidade de crescimento pessoal. Somente a abolição da exploração, do trabalho assalariado e da dominação de classes concretizará a verdadeira igualdade na sociedade humana.

Rosa Luxemburgo

Lopes IO. O discurso da Comissão da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde: avanço político ou mudança retórica? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

O discurso da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) constitui-se como objeto deste estudo. O contexto econômico-social, resultado das políticas neoliberais, aprofundou em âmbito mundial as desigualdades sociais. Em 2003, a CSDH foi instituída pela OMS, assumindo como objetivos a documentação de evidências das ações e políticas para promover a equidade em saúde, e articular um movimento global para que esta seja alcançada. As publicações da CSDH tornaram-se referência mundial no tema das desigualdades em saúde. Autores do campo da Saúde Coletiva identificaram importantes limitações e contradições na sua formulação teórico-metodológica, apesar de alguns reconhecerem uma possibilidade de avanço nesta iniciativa. A Saúde Coletiva constituiu-se como campo de teorias e práticas que superaram a naturalização do processo de saúde. O marco teórico deste estudo é a teoria da determinação social da saúde, que afirma que a sociedade de classes, fundada na exploração da força de trabalho, produz diferentes desgastes e fortalecimentos advindos das formas de trabalhar, que determinam as formas de viver dos diferentes grupos sociais. Os perfis epidemiológicos são o objeto de ação da Saúde Coletiva, constituídos pelos perfis de reprodução social e pelos perfis de saúde-doença, definidos por meio de estudos da epidemiologia crítica. **Objetivo geral:** analisar o discurso da CSDH. **Objetivos específicos:** identificar e analisar os conceitos utilizados pela CSDH; identificar e analisar as diretrizes de ação propostas pela Comissão; comparar os conceitos de determinação social e determinantes sociais. **Método:** pesquisa qualitativa, que utiliza dados de fonte secundária - o documento da CSDH *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion*. Publicado em 2010, o documento oferece a construção teórica e as diretrizes das ações de enfrentamento aos determinantes sociais da saúde propostas pela Comissão. Os resultados foram analisados pela metodologia da análise de discurso, para apreender a estrutura do discurso, o posicionamento da CSDH. **Resultados:** o construto teórico da Comissão não considera as contradições advindas da exploração do trabalho como fonte da riqueza e da desigualdade social, mas incorpora termos que remetem à estrutura social, como

estratificação social e posição sócio-econômica. A dimensão histórica está ausente na teoria dos determinantes sociais da saúde, que retoma conceitos e formato originais do campo da Saúde Pública, como a multicausalidade, a circularidade entre doença e pobreza e o risco. O uso recorrente de termos relacionados à hegemonia ideológica neoliberal é necessário para estabelecer mediações que mantêm encobertas as contradições próprias do capitalismo. Baseando-se em um conceito impreciso de equidade, as ações propostas são focalizadas, tomam como objeto a vulnerabilidade e o risco individuais e têm como finalidade a responsabilização individual pela saúde e a liberdade de escolha, como o *empowerment*. As diretrizes de ação propostas aproximam-se ao ideário da promoção da saúde. **Considerações finais:** entende-se que a opção teórica da Comissão é intencional e alinhada com o atual regime de acumulação capitalista - dependente da organização flexível do trabalho - não constituindo uma mudança de perspectiva em relação ao objeto, representa uma inovação apenas no plano retórico. O referencial teórico-prático dos determinantes sociais da saúde é insuficiente para subsidiar o enfrentamento das desigualdades sociais e seus resultados no processo de saúde. Compreende-se que as práticas da Saúde Coletiva, como o monitoramento crítico e práticas emancipatórias, a partir de uma perspectiva de luta de classes, podem contribuir para responder à desigualdade nos perfis epidemiológicos.

PALAVRAS-CHAVE: determinantes sociais da saúde, desigualdades em saúde, equidade em saúde, saúde coletiva, determinação social da saúde.

Lopes IO. The discourse of the Commission on Social Determinants of Health: political advancement or rhetorical change? [dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing of University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: The discourse of the Commission on Social Determinants of Health (CSDH), established by the World Health Organization (WHO), is the object of study of this paper. The socio-economic context, result of neoliberal policies, has deepened worldwide social inequality, resulting from the capitalist accumulation regime. In 2003, CSDH, instituted by the WHO, assumed as goal the documentation of evidences of actions and policies to promote equity in health and articulate a global movement for it to be reached. CSDH publishes have become a worldwide reference on health equality. Writers of the Collective Health field identified important limitations and contradictions in its theoretical-methodological formulation, although some perceive an advance in this initiative. The Collective Health has established itself as the field theories and practices that overcome the naturalization of the health process. The theoretical goal of this study is the social determination of health theory, which affirms that the classes society, founded on the exploitation of labor, produces different body distress and strengths arisen from the specificities of labor, which determines the different ways of living of different social groups. Epidemiological profiles are the object of work of Collective Health, composed by the social reproduction profiles and the health-disease profiles, defined through critical epidemiology researches. **Objective:** to analyze the CSDH discourse. **Specific objectives:** to identify and analyze the concepts used by CSDH; to identify and analyze the action guidelines proposed by the Commission; to compare the concepts of social determination and social determinants. **Methodological Procedures:** qualitative research, using secondary source data - CSDH document '*A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion*'. Published in 2010, this document offers the theoretical construction and guidelines of coping actions toward the social determinants of health proposed by the Commission. The results have been analyzed through the discourse analysis method, to seize the structure of the discourse, the CSDH positioning. **Results:** the Commission's theoretical construct does not consider the contradictions from labor exploitation as the wealth and social inequality source, but it incorporates terms that refers to the social structure, as social stratification and socio-economical position. The historic dimension is

absent on the social determinants of health theory, which recaptures original concepts and form from the Public Health field, as multicausality, the circularity between health and poverty, and the risk. The recurrent usage of terms related with hegemonic neoliberal ideology is necessary to establish mediations capable of covering the inherent capitalism contradictions. Based on a imprecise concept of equity, the actions proposed are focused, take the vulnerability and individual risks as an object, and perceive the individual accountability for its health and the freedom of choice as a goal, such as empowerment. The proposed action guidelines approach the Health Promotion ideals. **Final considerations:** understanding that the Commission's theoretical choice is intentional and aligned with the current capital accumulation regime - depending on the flexible organization of labor - without changing the perspective toward the object, its innovation is only at the rhetorical frame. The practical and theoretical referential of the social determinants of health is scarce to subsidize the confront of social inequality and its results on the health process. The understanding of how Collective Health practices, and critical monitoring and emancipatory practices, through a class struggle perspective, can contribute to a response toward the inequality on epidemiological profiles.

KEYWORDS: Social Determinants of Health; Health Inequalities; Health Equity; Collective Health; Social Determination of Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo da Produção Social da Doença segundo Diderichsen	84
Figura 2 - Forma final do modelo conceitual da CSDH	98
Figura 3 - Quadro de ações para enfrentamento das inequidades dos DsSS da CSDH	108

LISTA DE TABELAS

Quadro 6.1 – Definições e valores centrais da CSHD.....	80
Quadro 6.2 - Modelos teóricos dos DsSS e autores utilizados.....	82
Quadro 6.3 - Mecanismos e caminhos dos DsSS e os desfechos relacionados.....	85
Quadro 6.4 – Abordagens teóricas sobre o poder.....	88
Quadro 6.5 – Elementos constituintes do contexto político e socioeconômico	90
Quadro 6.6 – Elementos constituintes dos determinantes estruturais: classe social, gênero e etnia	92
Quadro 6.7 – Determinantes Intermediários dos DsSS	95
Quadro 6.8 – Abordagens teóricas sobre o capital social, autores utilizados e posição da CSDH	97
Quadro 6.9 – Síntese dos elementos constituintes dos DsSS	99
Quadro 6.10 – Revisão bibliográfica da CSDH para análise de políticas e processo de decisão	100
Quadro 6.11 – Descrição dos objetos da ação da CSDH.....	102
Quadro 6.12 – Principais aspectos das políticas, ações e estratégias propostas pela CSDH..	103
Quadro 6.13 – Diretrizes/ dimensões-chave para o enfrentamento dos DsSS	105
Quadro 6.14 – Elementos do <i>empowerment</i> como ação de enfrentamento aos DsSS.....	107
Quadro 6.15 – Elementos destacados, abordagens teóricas e valores selecionados: implicações para a compreensão do processo de saúde no marco dos DsSS e ações correspondentes	109
Quadro 6.16 – Público, meta da ação e “horizonte” pretendido nas ações propostas	111

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
CSDH	Commission on Social Determinants of Health ¹
DSS	Determinação Social da Saúde
DsSS	Determinantes sociais da saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SDH	Social Determinants of Health
SUS	Sistema Único de Saúde
UNDP	United Nations Development Program
WHO	World Health Organization

¹ Tendo em vista que o documento analisado foi publicado em inglês, optou-se em manter a sigla na língua original.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 TRABALHO E CAPITALISMO	33
2.1 A CENTRALIDADE DO TRABALHO.....	33
2.2 O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA	36
2.3 CLASSE SOCIAL EM MARX.....	46
2.4 A REPRODUÇÃO SOCIAL.....	49
3 A SAÚDE COMO CAMPO DE CONCEITOS E DE AÇÃO.....	55
3.1 INTEPRETAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE SAÚDE	55
3.2 A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: APROXIMAÇÕES DO OBJETO E DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO NA AMÉRICA LATINA.....	60
3.3 A SAÚDE COMO CAMPO DE AÇÃO: A SAÚDE PÚBLICA, A CLÍNICA E A SAÚDE COLETIVA.....	69
4 OBJETIVOS.....	75
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	76
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	79
6.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS DsSS	79
6.1.2 Teorias de poder	87
6.1.3 – Contexto político e socioeconômico.....	89
6.1.4 Determinantes estruturais dos DsSS.....	91
6.1.5 – Determinantes Intermediários dos DsSS	94
6.1.6 Determinante transversal: capital social e coesão social.....	97
6.2 Ações de enfrentamentos aos DsSS.....	100
6.3 Síntese de aspectos teóricos e propostas de ação	109
7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	112
7.1 PRINCÍPIOS DA COMISSÃO E A QUESTÃO DA DESIGUALDADE.....	112
7.2 ORIGENS E MANIFESTAÇÕES DA DESIGUALDADE EM SAÚDE SEGUNDO A CSDH	114
7.3 AÇÕES PROPOSTAS PELA CSDH.....	122
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	127
8.1 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE	127

8.2 A PROPOSTA DOS DsSS COMO RESPOSTA ÀS “DESIGUALDADES EM SAÚDE”	128
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
REFERÊNCIAS	155

1 INTRODUÇÃO

A natureza do fenômeno saúde-doença é tomada como objeto de análise em diversos países da América Latina na década de 1970. Estes estudos se inserem na constituição da medicina social dos países latino-americanos e na formação da Saúde Coletiva no Brasil (Viana, Soares, Campos, 2013; Nunes, 1994; Laurell, 1983).

A Saúde Coletiva constituiu-se como campo de saberes e práticas que rompe com os limites teóricos da Saúde Pública, na compreensão do processo saúde-doença e na proposição de ações nesse processo (Paim, Almeida Filho, 1998). Seu fundamento teórico-prático está na “mudança da perspectiva em relação ao social e ao coletivo” (Nunes, 1994, p. 6), ao mesmo tempo em que há uma busca por superar a naturalização do processo saúde-doença, negando o predomínio da dimensão biológica das doenças e agravos.

Este movimento está inscrito, historicamente, no contexto de uma crise, com dimensões econômica, política e social, que deteriorou as condições de saúde dos grupos sociais. Há dificuldades em explicar o momento de “transição epidemiológica”, caracterizada pelo aumento da incidência das doenças cardiovasculares e tumores malignos presente nos países industrializados, assim como a insuficiência do instrumental clínico da medicina para responder às doenças e agravos se torna mais evidente (Laurell, 1983).

A medicina social latino-americana e a Saúde Coletiva brasileira têm a intenção de revelar os processos sociais que determinam os perfis de saúde-doença presentes em determinado território. Laurell (1983) afirma que este campo tem como tarefas: demonstrar o caráter social da doença – a partir da compreensão dos conceitos de saúde-doença; definir o objeto de estudo e conceituar a determinação, investigando sua articulação com outros processos sociais.

O campo da Saúde Coletiva, na dimensão teórica, tomou como finalidade compreender a determinação social do processo saúde-doença, evidenciando a estrutura do modo de produção e as relações sociais que se estabelecem para sua manutenção. Na América Latina, participaram de forma preponderante desta construção conceitual pesquisadores como Juan Cesar Garcia (Argentina), Asa Cristina Laurell (México) e Jaime Breilh (Equador). No Brasil, são reconhecidos os esforços de: Guilherme Rodrigues da Silva, Maria Cecília Ferro Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves e Sergio Arouca, cujo trabalho que realiza a análise crítica da Medicina Preventiva, em 1975, foi um marco na formação do campo teórico (Viana, Soares, Campos, 2013).

No Brasil, na dimensão prática, o campo da Saúde Coletiva teve desdobramentos políticos, com participação fundamental no processo da Reforma Sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Contudo, a operacionalização do SUS não foi pautada nas concepções advindas da dimensão teórica do campo da Saúde Coletiva. No final dos anos 1990, o Brasil alinhava-se com a perspectiva neoliberal e a contra-reforma do Estado, que limitaram os recursos e promoveram a focalização das políticas sociais (Stotz e Araújo, 2004; Paim, 2013).

Ao mesmo tempo, a liberação do mercado, o desemprego estrutural, a precarização das condições de trabalho e a focalização das políticas sociais, característicos do período neoliberal, ampliaram a concentração de riqueza e as desigualdades “aumentam em todo mundo, mais intensamente nos países subdesenvolvidos” (Almeida-Filho, 1999, p. 1).

Nesse contexto político-ideológico, é necessário apresentar uma resposta para a crítica situação das desigualdades sociais e consequentemente das desigualdades em saúde, ao mesmo tempo responder aos ditames da perspectiva de expansão das relações sociais capitalistas.

Harry Frankfurt (2015), filósofo político inglês, discute na obra *On Equality* se há um estatuto moral para a desigualdade. O mesmo adota a teoria da suficiência, na qual afirma que não sendo a desigualdade um problema em si, o problema se encontra na pobreza, devendo esta ser combatida: “do ponto de vista da moralidade, não é importante que todos tenham *o mesmo*. O que é moralmente importante é que cada um tenha *o suficiente*” (p. 7 – tradução livre). O livro teve como repercussão um debate publicado nos veículos de comunicação impressos brasileiros (Ferraz, 2016; Coutinho, 2015; Caligaris, 2016).

Entretanto, não é possível desvincular a pobreza da desigualdade. Estima-se que na América Latina “se a desigualdade na região fosse reduzida em cinco pontos entre 2011 e 2019, 17,4 milhões de pessoas poderiam sair da pobreza. E ao contrário: um aumento de cinco pontos poderia dar lugar a 18 milhões de novos pobres” (OXFAM, 2015, p. 9). Para Marx e Engels (2007), no entanto, o pauperismo não se explica pela concentração de renda, mas antes é consequência inevitável da cisão social provocada pela propriedade dos meios de produção.

Nesta fase do período capitalista, constata-se a ampliação da desigualdade entre as classes sociais, em países de economia central e de economia periférica. O aumento da distância entre as classes sociais tem como contexto mundial a implementação de medidas

econômicas e sociais guiadas pelos pressupostos do neoliberalismo² (Navarro, 2007; Anderson, 2000). Para Navarro (2015):

Un elemento clave del conocimiento económico neoliberal (que domina la cultura mediática en temas económicos) es creer que las desigualdades de renta son esenciales para estimular el crecimiento económico, pues constituyen el hilo conductor del estímulo económico, basado en los incentivos que generan las desigualdades (p. 1).

Thomas Piketty (2014), no celebrado livro *O Capital no Século XXI*, apesar de negligenciar a exploração da força de trabalho como fonte da riqueza social (Navarro, 2014), apresenta dados que contribuem com a compreensão contemporânea da desigualdade econômica. Na obra, Piketty demonstra que a extrema concentração de renda no 1% mais rico da população tem sua origem na renda proveniente das grandes fortunas, com grande participação das heranças. Mesmo as fortunas geradas por empreendimentos (que são comumente associadas ao “trabalho” e esforço do “empreendedor”), como no caso da indústria de *software*, contam com alto rendimento em um prazo relativamente curto, o que transforma, portanto, o empresário em rentista. Piketty (2014) explica que no caso da França:

perto de um sexto de cada geração receberá uma herança maior do que o valor que metade da população ganha por meio do trabalho ao longo de toda uma vida (em grande medida, essa é a mesma metade da população que não recebe praticamente herança alguma). É claro que isso não impedirá esse um sexto de obter diplomas e trabalhar, e sem dúvida de ganhar mais em geral com seu trabalho do que a metade menos bem paga. Contudo, ainda assim é uma forma de desigualdade muito perturbadora, que está a caminho de atingir uma magnitude inédita na história (p. 411).

No caso da América Latina e do Caribe, entre 2002 e 2015, o crescimento da fortuna dos bilionários apresentou um ritmo médio de 21% ao ano, enquanto o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) da região foi de 3,5% ao ano e o aumento da riqueza do restante do mundo foi de 6% ao ano. No ano de 2013, a renda dos 10% mais pobres da região era de 1,3% do total e os 10% com as maiores rendas detinham 37% do total. No caso da riqueza e patrimônio, em 2014 71% dos bens e riqueza pertenciam aos 10% mais ricos da região, enquanto apenas 10% da riqueza cabia aos 70% da população mais pobre (OXFAM, 2015, p. 10).

Sob o nome de ciência econômica, a ideologia do neoliberalismo expandiu-se, tem guiado a globalização das atividades econômicas e as agências internacionais, como FMI, BM e agências técnicas da ONU, como a OMS, afirmando que

² Para Navarro (2007) o ideário neoliberal tem como diretrizes: a diminuição das intervenções econômicas e sociais por parte do Estado; a desregulação dos mercados de trabalho e financeiro e a eliminação dos limites e barreiras estimulando o comércio e investimentos, através da mobilidade de trabalho, capital, bens e serviços.

as melhores políticas para estimular o desenvolvimento humano são aquelas que reduzem o papel do Estado na vida econômica e social: privatizando serviços públicos e empresas públicas, desregulando a mobilidade do capital e trabalho, eliminando protecionismo e reduzindo a proteção social (Navarro, 2007, p. iii, tradução livre).

Essa ideologia tem norteado políticas sociais de austeridade, aceitas como as únicas possíveis e apropriadas para o contexto econômico, mas que têm produzido muito prejuízo aos serviços de infraestrutura de países “em desenvolvimento” (Navarro, 2007).

A ideologia neoliberal, concretizada em diretrizes das agências internacionais para as políticas estatais, vem produzindo a combinação entre a concentração de renda, o aprofundamento das desigualdades entre as classes sociais e a redução da proteção social pelo Estado, o que determina, como consequência, a desigualdade entre os gradientes de saúde dos sujeitos das diferentes classes (Navarro, 2015; Navarro, 2007; Navarro, 2004).

Esse foi o contexto da formação da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), em 2003, pelo então diretor geral da OMS Lee Jong, constituída por formuladores de políticas públicas, pesquisadores e organizações da sociedade civil dos vários continentes (WHO, 2017).

Segundo o site da OMS, a Comissão é liderada por um grupo com larga experiência política, acadêmica e em “*advocacy*”. Os integrantes são apresentados na seguinte ordem pela OMS: Michel Marmot, Frances Baum, Monique Bégin, Giovanni Berlinguer, Mirai Chatterjee, William H. Foege, Yan Guo, Kiyoshi Kurokawa, Ricardo Lagos Escobar, Alireza Marandi, Pascoal Mocumbi, Ndioro Ndiaye, Charity Kaluki Ngilu, Hoda Rashad, Amartya Sen, David Satcher, Anna Tibaijuka, Denny Vågerö e Gail Wilensky (WHO, 2017).

Decorrente da indução da OMS, no Brasil foi criada em 2006 a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), tendo, entre outros, o objetivo de “apoiar e articular a atuação do Poder Público, instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e redução das iniquidades sanitárias” (Brasil, 2006). Na ocasião integravam a Comissão: Adib Jatene (cardiologista), Aloíso Teixeira (reitor da UFRJ), Ana Lúcia Gazzola (UFMG), Cesar Victora (epidemiologista), Dalmo Dallari (jurista), Eduardo Eugênio Gouveia (empresário), Elza Berquó (demógrafa), Jaguar (cartunista), Jairnilson Paim (UFBA), Lucélia Santos (atriz), Moacyr Scliar (médico e escritor), Roberto Esmeraldi (ambientalista), Rubem Cesar Fernandes (antropólogo), Sandra de Sá (cantora), Sonia Fleury (cientista política), Paulo Buss (FIOCRUZ) e Zilda Arns Neumann (sanitarista) (FIOCRUZ, 2006). O relatório produzido pela CNDSS foi discutido por Rocha e David (2015) e Garbois, Sodre e Dalbello-Araujo (2014).

A primeira incumbência da CSDH foi a de publicar em 2008 um relatório sobre as “inequidades de saúde”, por ocasião dos 30 anos da Declaração de Alma-Ata, (Solar, Irwin, 2010)³.

Essas “inequidades” são consequência da concretização da ideologia neoliberal no processo de produção capitalista. Esta é a raiz da acentuada produção de desigualdade das condições de saúde, entre sujeitos de diferentes classes sociais e entre populações de países de capitalismo central e periférico. Essas consequências tornaram-se inevitáveis e também é inevitável que permaneçam na invisibilidade.

A CSDH afirma que há viabilidade para a adesão dos países à proposição, uma vez que o grau de desigualdade era “insuportável”, que o panorama geral era crítico diante das crises, migrações, conflitos, insegurança alimentar, doenças, da degradação ambiental e que os eventos de qualquer ponto do mundo têm impacto em todo planeta.

No documento proposto pela CSDH consta que, por partir da compreensão de que saúde é um fenômeno social, “requer formas mais complexas de ação intersetorial”, ações que ofereçam outras respostas que não as hegemônicas intervenções em saúde, guiadas pelo investimento em tecnologia médica e em ações de saúde pública (Solar, Irwin, 2010, p. 7). A Comissão julgou que estava politicamente fortalecida para propor ações, por ser uma liderança política da OMS, pela perspectiva de “justiça social” que poderia promover e pela necessidade de sistemas de saúde mais sustentáveis economicamente (CSDH, 2008).

A proposta da CSDH foi elaborada também a partir da análise dos enfoques priorizados pela OMS ao longo do tempo, sobre a qual o documento pretende propor superações. As abordagens priorizadas estão descritas no Capítulo 2 do documento “*Action on the social determinantes of health: learning from previous experiences Paper I*”.

A CSDH, em documento oficial, mas com autoria assinada por Irwin e Scali (2010), analisou as proposições da OMS ao longo do tempo e descreveram as oscilações de tendências nos projetos, tomando as ações intersetoriais como o indicador de compreensão da saúde como fenômeno social, pela referida agência. Ou seja, para a Comissão, quanto mais a proposta da intersetorialidade for central no projeto, mais evidencia o entendimento da saúde como fenômeno social.

Segundo a CSDH, na década de 1950, a ênfase preconizada pela OMS era a da incorporação de tecnologia na atenção à saúde e de campanhas de combate a doenças

³Os documentos citados como Solar, Irwin e Irwin, Scali, ambos de 2010, são publicações oficiais da CSDH, apesar da autoria não ser institucional. A CSDH não esclarece, nestes documentos, qual a razão pela assinatura autoral dos documentos, bem como não apresenta os autores e qual sua relação com a CSDH/OMS.

específicas. O uso de tecnologias era decorrência do desenvolvimento tecnológico pós-guerra e sua incorporação na assistência à saúde derivava da influência dos EUA nas agências internacionais durante a Guerra Fria e pelo colonialismo de países dependentes (Irwin, Scali, 2010).

Já na década de 1960 e início da década de 1970, a ênfase da OMS foi para ações baseadas nos princípios da “saúde comunitária”, que tinha a educação em saúde e a prevenção de doenças como eixos e como objetivo das estratégias a promoção da participação e do *empowerment*. O desenvolvimento dessas experiências culminou com a proposição de nova agenda política, cujo desfecho principal foi a Conferência de Alma-ata, em 1978, com o lema “Saúde para todos no ano 2000”, e com a adoção do modelo da Atenção Primária em Saúde (APS), que adotou os determinantes sociais como a principal preocupação. Para responder a eles, as ações intersetoriais de saúde ganharam relevância na OMS (Irwin, Scali, 2010).

Segundo a CSDH, em 1979, houve o deslocamento político da OMS, do alinhamento à missão da “justiça social”, para a ênfase em ações de abordagem pragmática e de baixo custo. Na contramão da proposta anterior de atenção primária em saúde, ganhou proeminência a atenção primária à saúde seletiva. “Good health at low cost” foi o lema da Conferência realizada pela Fundação Rockefeller em 1985. A APS ganhou força por alcançar em curto prazo a melhoria em alguns indicadores de morbi-mortalidade infantil. As principais estratégias eram o monitoramento do crescimento infantil, o incentivo ao aleitamento materno, a divulgação da reidratação oral e a imunização. (Irwin, Scali, 2010), ações focalizadas e seletivas.

O contexto político-econômico em que emergiu a APS seletiva, nos anos 80, foi o da hegemonia do neoliberalismo. Ou seja, a APS era consequência da prescrição pelos principais “proponentes” - governo dos EUA, FMI e Banco Mundial - da não interferência dos governos nos mercados, afirmando que o crescimento econômico compensaria a diminuição do gasto público nas áreas sociais (Irwin, Scali, 2010).

A CSDH analisou que as consequências para o setor saúde dos principais países foram o aumento da participação do setor privado, o aumento da inequidade em saúde, menor eficiência dos serviços de saúde e o aumento do descontentamento da população. Em alguns países sul-africanos, entre as consequências do modelo político, estão o aumento do conflito armado, o aumento da fome e a disseminação do HIV. O aumento da lucratividade de empresas privadas ligadas ao setor saúde, nos EUA e nos mercados latino americanos, foi diretamente proporcional à piora da qualidade do cuidado à saúde (Irwin, Scali, 2010).

Para a CSDH, como resposta a essa realidade, inaugurou-se um período de protestos, manifestações e questionamentos desse modelo, vindos de “países em desenvolvimento” e de agências internacionais, com a globalização como elemento central nas contestações. O FMI e o Banco Mundial responderam aos protestos com duas publicações - *Heavily Indebted Poor Countries (HIPC)* e *Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs)*, mas as propostas de ação foram questionadas quanto à capacidade de induzirem políticas de saúde efetivas para a redução da pobreza (Irwin, Scali, 2010).

Já no final dos anos 1980 e início dos 1990, o Banco Mundial passou a ter a autoridade de liderança da saúde global, conforme consta na seção “Mixed signals from WHO” do documento. O documento relata que houve uma “erosão” institucional e com ela emergiram iniciativas com finalidades diversas, dentre elas a WHO Equitate Initiative, que vinculava a equidade em saúde à posição do indivíduo na hierarquia social (segundo gradientes social, econômico e de poder político). Esta iniciativa não atingiu grande projeção (Irwin, Scali, 2010).

O mesmo processo ocorreu com a iniciativa *Health For All in the 21st Century*, que propunha a ação intersetorial como componente chave, com a mudança do diretor geral da OMS e do rumo político da agência (Irwin, Scali, 2010).

Irwin e Scali (2010) afirmaram que a CSDH teve origem num contexto de intencionalidade de superação destes encaminhamentos, na direção de colocar no centro das propostas a dimensão social da saúde e as ações intersetoriais.

A CSDH valeu-se de resultados dos relatórios: “A new perspective on the health of Canadians” e “Black Report in the United Kingdom”, para embasar suas proposições (Irwin, Scali, 2010).

O relatório Lalonde propôs a determinação da saúde pela relação entre elementos biológicos, do ambiente e dos estilos de vida dos indivíduos, bem como da organização do sistema de saúde; a ênfase das intervenções de saúde pública aos segmentos da população com maior risco; a responsabilização dos indivíduos por mudanças de comportamentos para melhorar a saúde (Lalonde, 1974). Já o relatório Black Report (1980), descreveu resultados de pesquisas empíricas que identificaram diferentes taxas de morte entre sujeitos de classes sociais distintas, com as piores taxas de morte entre sujeitos com menor renda, mesmo com a implantação do sistema nacional de saúde, o que comprovava que as condições de saúde não se aperfeiçoam com serviços de saúde (DHSS, 1980).

Consta no relatório que os resultados desses estudos imprimiram rápidos avanços em países do oeste europeu, como a Suécia, que implementaram políticas de “enfrentamento” às

inequidades de saúde, com atuação sobre os determinantes sociais de saúde (Irwin, Scali, 2010).

O termo “determinantes sociais de saúde” é atribuído a Tarlov, que, em 1996, a partir de um estudo de indicadores de saúde, concluiu o predomínio das características sociais, em comparação com fatores genéticos e biológicos, acesso a cuidados médicos e comportamento individual (Irwin, Scali, 2010).

A primeira publicação da Comissão, o Relatório “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health”, 2008, referido como Relatório Final⁴, alcançou mundialmente o status de referência em desigualdades de saúde (Borde, Hernández-Álvarez, Porto, 2015). Neste documento, consta a afirmação que é possível alcançar “uma saúde equitativa”, independentemente do nível de riqueza da nação. No entanto, não consta do relatório a análise do contexto político econômico que permitiu o êxito das políticas de enfrentamento das inequidades em vários países. A esse respeito, Birn (2009) afirmou que:

En cada uno de las sociedades citadas se ha necesitado una larga lucha política, ya sea por medio de una revolución (en el caso de Cuba); participación y activismo sindical extremadamente altos (entre el 70 y el 95% de la fuerza laboral activa, a su vez resultado de la lucha política), combinados con la elección de partidos políticos con valores socio democráticos (en los países nórdicos); una lucha larga y constante de los partidos políticos de izquierda para ser electos y reelectos (en Kerala); o movimientos populares y laborales a favor de protección social y un fin al gasto militar, después de una guerra civil brutal y de rechazo de intereses imperialistas (en Costa Rica) (p. 193-4)

Irwin, Scali (2010) referem que os resultados dos relatórios Lalonde e Black Report foram utilizados para embasar a proposta de enfrentamento da inequidade em saúde elaborada pela CSDH.

Para isso, a Comissão formulou como objetivos documentar evidências das ações e políticas com potência para promover a equidade em saúde e também patrocinar movimento global para que a equidade em saúde fosse alcançada (CSDH, 2008). Ou seja, propuseram a compilação de evidências “que demonstrem como a estrutura das sociedades, com as inúmeras interações sociais, normas e instituições, está afetando a saúde da população e o que os governos e o setor de saúde podem fazer a respeito” (Solar, Irwin, 2010, p. 4).

A CSDH propõe apreender o “coração” da complexidade da saúde, intensificada na “era da globalização” (Solar, Irwin, 2010), sem, contudo, apresentar a definição do que seja a complexidade, nem do que será considerado como o “coração”, a essência do tema.

⁴ Há uma tradução para o português de Portugal deste relatório, lançada no ano de 2010. Optou-se por usar a versão em inglês, devido às diferenças de tradução que poderiam comprometer o entendimento de termos relevantes para a compreensão do documento.

No relatório de 2008 a CSDH definiu três princípios de ação, nos moldes de objetivos. São eles: melhorar as condições de vida cotidianas – as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos – os motores estruturais das condições de vida referidas – aos níveis global, nacionais e locais; quantificar o problema, avaliar a ação, ampliar a base de conhecimento, desenvolver a formação de recursos humanos sobre determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema (CSDH, 2008).

A CSDH afirma que a proposta representa uma “contestação de paradigmas”, com quatro pontos-chave para intervenção política: diminuir a estratificação social, reduzir a exposição a riscos específicos (por meio de campanhas de combate ao tabagismo dirigidas a grupos específicos) em populações em desvantagem na hierarquia social, diminuir a vulnerabilidade de grupos para condições prejudiciais à saúde, oferecendo cuidado a saúde com objetivo de reduzir as consequências desiguais da doença, e prevenir a degradação socioeconômica nos grupos em “desvantagem” (Irwin, Scali, 2010).

Segundo o Relatório de 2008, há mais conhecimento sobre o tema das inequidades e o modelo de desenvolvimento está mudando. A aspiração excessiva pelo crescimento econômico deve ser deslocada para a preocupação com o bem-estar. Essa mudança é possível através de associação entre crescimento econômico e *empowerment* (CSDH, 2008). Portanto, a proposta da CSDH reitera a necessidade de crescimento econômico e da estratégia de *empowerment* que seria capaz de possibilitar a diminuição das inequidades. Uma expressão desta tendência de mudança são as metas do milênio (Millenium Development Goals), estabelecidas pela ONU e adotadas pelos países associados no ano 2000. As metas estão focadas na necessidade de coordenação de ação multisetorial (Irwin, Scali, 2010).

A partir das publicações dos documentos elaborados pela CSDH a respeito dos determinantes sociais de saúde - *Conceptual Framewok* (Solar, Irwin, 2010) e *Relatório Final de 2008* (CSDH, 2008) - várias publicações científicas tomaram como objetivo tecer considerações sobre eles.

Parte dos trabalhos enfatiza o avanço da proposta, por abordar e tematizar as desigualdades em saúde (Borde, Hernández-Álvarez, Porto, 2015; Nogueira, 2009; Tambellini e Schütz, 2009; Arellano, 2008; Zioni e Westphal, 2007).

Já as produções científicas que analisaram o construto teórico dos determinantes sociais de saúde, embora partam de filiações teóricas diversas, são unâimes em criticar o reducionismo conceitual da proposta da CSDH (Rocha, David, 2015; Borde, Hernández-Álvarez, Porto, 2015; Breilh 2008, 2010, 2013, 2014; Garbois, Sodré, Dalbello-Araujo, 2014;

Morales-Borrero et al, 2013; Souza, Silva, Silva, 2013; Bañados, 2012; Birn, 2009; Navarro, 2009; Nogueira, 2009; Tambellini, Schütz, 2009; Arellano, Escudero, Carmona, 2008).

Vale destacar que a nomenclatura utilizada pela CSDH, e traduzida pela CNDSS como “determinantes sociais de saúde”, pode produzir interpretação equivocada pelo leitor conceitualmente desavisado, por utilizar o vocábulo “determinantes” que tem bastante semelhança com o vocábulo “determinação”. No entanto, “determinantes sociais”, por ser um termo no plural, já traduz a sua identificação com a multicausalidade, enquanto a determinação social é um conceito desenvolvido pelo campo da Saúde Coletiva e definida como condição característica das classes sociais.

O termo “determinantes sociais de saúde” (DsSS) tem sido utilizado, não raras vezes, como sinônimo do conceito de determinação social da saúde (DSS), apesar de serem de naturezas muito distintas. Mesmo em artigo com uma sólida crítica aos DsSS (Souza, Silva, Silva, 2013) esta diferenciação não está presente. Por ora, vale dizer que, segundo a teoria da determinação social do processo de saúde, o trabalho é um elemento central na categoria da reprodução social, que está na chave da compreensão dos fenômenos relacionados à saúde.

A partir destas considerações, através de uma primeira leitura das publicações da CSDH e das publicações científicas que as analisaram, pergunta-se: qual é a essência do texto apresentado no documento da CSDH? Ou seja, qual é a intencionalidade do discurso da CSDH?

Para responder a estas questões, recorre-se inicialmente a um capítulo teórico sobre a centralidade do trabalho, que fundamenta o capítulo posterior sobre as interpretações sobre o processo de saúde, o campo da Saúde Coletiva e a Teoria da Determinação Social da Saúde. Seguem-se os capítulos sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos (que aponta qual documento será o objeto da dissertação). A síntese do conteúdo proveniente da leitura do documento está apresentada no capítulo 6 e a análise e a discussão dos resultados encontram-se nos capítulos 7 e 8, respectivamente.

2 TRABALHO E CAPITALISMO

Este capítulo tem como objetivo fundamentar a teoria da determinação social do processo de saúde, apresentada no capítulo seguinte, que servirá como marco teórico para analisar os objetivos e estratégias da CSDH, objeto desta dissertação.

Pretende-se aqui demonstrar os elementos centrais da exploração capitalista. Segundo Marx e Engels, o capital é força social, produto coletivo, que gera diferentes inserções sociais no sistema de produção, não estando em discussão a posição pessoal dos membros das classes sociais (Marx, Engels, 2007).

2.1 A CENTRALIDADE DO TRABALHO

Para Marx, o trabalho, em qualquer tempo histórico, é o fundamento da sociedade e dele depende a existência humana:

O trabalho, como criador de valores de uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem, - quaisquer que sejam as formas de sociedade, - é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto, de manter a vida humana (Marx, 1975, livro I, volume 1, p. 50).

Contudo, ao associar o trabalho com a sobrevivência, Marx rejeita a ideia de um “instinto” para o trabalho, mas, o compreende como um processo que permitiu o desenvolvimento das capacidades humanas.

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (Marx, 1975, livro I, volume 1, p. 202).

A extraordinária evolução da espécie proporcionada pelo trabalho fez com que a natureza humana se diferenciasse dos outros animais pela sua capacidade de ação teleológica, que permite ao ser humano prever o objeto a ser produzido. A partir do mundo do trabalho, a civilização é continuamente construída. Por isso, Engels considera que o trabalho é uma criação humana e que o ser humano é uma criação do trabalho (Engels, 2004). Se na dimensão objetiva da realidade a sobrevivência é assegurada pelo trabalho, subjetivamente, o trabalho pode ser fonte realização pessoal, permitindo a expressão das habilidades e potencialidades humanas - a depender das circunstâncias históricas em que se inscreve.

A realização do trabalho demanda a presença de três elementos: o próprio trabalho (que pressupõe uma finalidade estabelecida a priori), o objeto que é alvo da ação do trabalho e os meios e instrumentos de trabalho. Marx compreende o meio de trabalho como:

(...) uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza

as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira. A coisa de que o trabalhador se apossa imediatamente - excetuados meios de subsistência colhidos já prontos, como frutas, quando seus próprios membros servem de meio de trabalho - não é o objeto de trabalho, mas o meio de trabalho (Marx, 1975, livro I, volume 1, p. 203).

Os meios e instrumentos de trabalho incluem o espaço onde se opera o trabalho, como a terra a ser cultivada, as ferramentas, os insumos necessários, entre outros. Os instrumentos de trabalho vão se tornando mais complexos, a partir das necessidades históricas: “O processo de trabalho ao atingir certo nível de desenvolvimento, exige meios de trabalho já elaborados” (Marx, 1975, livro I, volume 1, p. 205).

Os meios de produção são compostos pelos objetos de trabalho e pelos instrumentos de trabalho. A posse dos meios de produção restrita a um determinado grupo social e, portanto, dissociada do trabalho e da classe trabalhadora⁵ é um elemento central do modo de produção capitalista. Ao analisar o trabalho a partir da Revolução Industrial (séculos XVIII e XIX), Marx e Engels afirmam que “Esses operários, constrangidos a vender-se a retalho, são mercadoria, artigo de comércio como qualquer outro; em consequência, estão sujeitos a todas as vicissitudes da concorrência, todas as flutuações do mercado” (Marx e Engels, 2010, p. 46).

Marx dedica seu trabalho a compreender principalmente o modo de produção e a sociedade de classes no capitalismo que se consolida a partir da Revolução Industrial (Inglaterra, segunda metade do século XVIII):

Mas foi precisamente essa revolução industrial que, pela primeira vez, por toda a parte, trouxe luz às relações entre as classes. Foi ela que eliminou uma quantidade de formas intermédias que provinham do período manufatureiro e, na Europa Oriental, mesmo do artesanato corporativo, e que criou uma verdadeira burguesia e um verdadeiro proletariado da grande indústria ao mesmo tempo que os fazia passar ao primeiro plano do desenvolvimento social (Marx, 2015b, p. 45).

A Revolução industrial é marcada pela utilização intensiva das máquinas na produção de mercadorias. No capítulo XIII d’*O Capital*, Marx diferencia as ferramentas das máquinas. Enquanto a ferramenta tem ligação direta com a força humana, a máquina é formada *organicamente* por múltiplas ferramentas que a tornam um ente quase independente dentro do processo produtivo (Marx, 1975). Consequentemente, ocorre uma incrível ampliação da capacidade produtiva em relação ao período anterior em que predominava a manufatura, bem como uma transformação profunda no processo de trabalho: o trabalhador passa a ser um apêndice da máquina, executando um trabalho repetitivo e monótono (Marx, Engels, 2010).

⁵ No Capítulo XXIV do Livro 1 d’*O Capital*, Marx expõe como se deu o violento processo de expulsão dos camponeses de suas terras, em especial no século XIV na Inglaterra. Este processo teve como consequências principais a imigração para as cidades e a necessidade da venda da força de trabalho (aos donos dos meios de produção) como única forma de subsistência. Este processo de despossessão é denominado por Marx de *acumulação primitiva*.

Esta mudança tecnológica materializada pela máquina-trabalho é a transformação do ofício humano em exploração mecanizada, “na manufatura, o ponto de partida para revolucionar o modo de produção é a força de trabalho, na indústria moderna, o instrumental de trabalho” (Marx, 1975, livro I, volume 1, p. 426). Esta mudança no trabalho é determinada pela exigência da diminuição do tempo de trabalho necessário para a produção crescente de mercadorias, demanda que anuncia as mudanças na técnica e consequentemente o uso de fontes de energia que satisfaçam esta exigência⁶. Se o processo de trabalho é o responsável pelo desenvolvimento da espécie humana e a distingue das outras espécies pela capacidade teleológica que determina o produto do trabalho e como este será construído, a inauguração do modo de produção capitalista subtrai a ação teleológica da classe trabalhadora, que simplesmente opera as máquinas. A cisão entre meios de produção e classe trabalhadora decorre do fato que o “a condição de existência para o capital é o trabalho assalariado” (Marx, Engels, 2010, p. 51).

Para compreender o trabalho como fonte da riqueza social na sociedade capitalista, Marx inicia *O Capital* desvendando como se configura o valor das mercadorias, como resposta a questão sobre o que é a riqueza no período capitalista. De forma breve, pode-se dizer que a mercadoria contém em si valor de uso e valor de troca. Os valores de uso se distinguem entre si qualitativamente de acordo com a necessidade a que respondem (vestimenta, alimentação, transporte, etc.). Dessa forma, o valor de uso “só se realiza com a utilização ou com o consumo”. Esta característica constitui o valor de uso como “o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social dela”. Os valores de uso são, por isso, “os veículos materiais dos valores de troca” (Marx, 1975, livro 1, volume I, p. 42-3).

Se o valor de uso é o conteúdo material da mercadoria, o valor de troca (quantificado sempre em dinheiro ou salário) é sua forma social e histórica (Carcanholo, 2011, p. 69). Valor de uso e valor de troca são atributos de naturezas distintas: “como valores de uso, as mercadorias são, antes de mais nada, de qualidade diferente; como valores de troca, só podem diferir na quantidade, não contendo, portanto, nenhum átomo de valor de uso” (Marx, 1975, livro 1, volume I, p. 44).

A compreensão da constituição da mercadoria e, portanto, da riqueza social oferecida por Marx, tem como consequência a conclusão que “se prescindirmos do valor de uso de uma

⁶ A ideia de que o acesso às fontes naturais de energia foi responsável por impulsionar as mudanças técnicas que caracterizam a Revolução Industrial é, contudo, refutada por Marx. No período manufatureiro já existiam máquinas a vapor e o uso de outras fontes de energia. O desenvolvimento tecnológico deste período foi consequência das relações de produção necessárias para a maximização do lucro, através do aumento da produção que o sistema econômico prescrevia (Marx, 1975, livro I, volume 1, p. 430).

mercadoria, só lhe resta uma propriedade, a de ser produto do trabalho” (Marx, 1975, livro 1, volume I, p. 45).

Marx afirma o caráter misterioso da mercadoria:

por encobrir as características sociais do próprio trabalho dos homens, apresentando-as como características materiais e propriedades sociais inerentes aos produtos do trabalho; por ocultar, portanto, a relação social entre os trabalhos individuais dos produtores e o trabalho total, ao refleti-la como relação social existente, à margem deles, entre os produtos do seu próprio trabalho (Marx, 1975, livro 1, volume I, p. 81).

A dissimulação das relações sociais está invariavelmente presente nos produtos do trabalho vendidos na forma de mercadoria e é chamada por Marx de fetichismo, que tem o poder de ocultar “uma relação social definida, estabelecida entre os homens” em uma “forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (Marx, 1975, livro 1, volume I, p. 81).

A teoria do valor-trabalho, que defende que a quantidade de trabalho determina o valor de troca, foi anunciada anteriormente por economistas clássicos, como Adam Smith (século XVIII) e seu discípulo David Ricardo (século XIX). Marx, porém, identifica a força de trabalho como uma mercadoria especial, capaz de “ao ser utilizada na produção, criar um excedente acima do que recebe como remuneração”. Este excedente é chamado por Marx de mais-valia⁷, cuja origem “encontra-se, assim, em uma relação de exploração do trabalho em que os assalariados são obrigados a trabalhar de graça para o capitalista”. Portanto, os bens e a riqueza acumulada da sociedade capitalista têm sua origem na força de trabalho explorada, em uma relação desigual entre o capital e o trabalho.

2.2 O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Para compreender o que é trabalho em Marx vale lembrar que

para a dialética marxista, todo conceito está em permanente processo de desenvolvimento e que a única coisa que podemos fazer é descrever um momento específico desse processo, ou um pouco mais complicado, descrever o conjunto do processo, sem saber muito bem como ele continuará (Carcanholo, 2011, p. 131).

Assim, no período capitalista, o trabalho tem uma compreensão distinta, e pode ser entendido como “o processo de consumir o valor de uso da força de trabalho” (p. 132). O valor de uso da força de trabalho está na sua capacidade de produzir valor e mais-valia.

Enquanto na Grécia e na Roma antigas o trabalho era desprezado (sendo realizado por escravos que estavam excluídos da participação política na sociedade) e a socialização ocorria fora do mundo do trabalho, na sociedade capitalista a “socialização ocorre exatamente nas relações de trabalho” e o trabalho passa a ser valorizado. Após a Revolução Industrial, o trabalho não é indigno, é indigno quem não trabalha “mesmo que o próprio capital não tenha

⁷ Em outras traduções de obras marxistas o termo utilizado é ‘mais-valor’.

interesse em absorver todo o trabalho posto à sua disposição⁸” (Carcanholo, 2011, p. 148-9). A valorização ideológica do trabalho, entretanto, não induz à valorização do trabalhador (Vásquez, 2011, p. 50), ao contrário. Considerando que a força de trabalho é uma mercadoria, que o processo de trabalho mecanizado se realiza por meio de tarefas simplificadas (que exigem pouca qualificação) e que o empregador pode ter à sua disposição um exército industrial de reserva, o trabalhador é facilmente substituído, como um objeto descartável. A venda da força de trabalho se dá numa relação desigual, na qual o trabalhador, desprovido dos meios de produção, necessita trabalhar para garantir sua subsistência e por isso é obrigado a se submeter às condições impostas pelo proprietário dos meios de produção. Como consequência:

O trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria mais barata quanto mais mercadorias cria. Com a *valorização* do mundo das coisas (*Sachenwelt*) aumenta em proporção direta a *desvalorização* do mundo dos homens (*Menschenwelt*). O trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma *mercadoria*, e isto na medida em que produz, de fato, mercadorias em geral (Marx, 2010, p.80).

O trabalho fabril mecanizado herda do período manufatureiro (séculos XVI a XVIII) a divisão social do trabalho⁹. Neste período, os artesãos operavam diferentes ofícios, desempenhados conjuntamente sob a forma de cooperação (Marx, 1975). A manufatura, como fase do período capitalista, está baseada na separação entre trabalhador e meios de produção e o trabalho já é vendido como mercadoria (Marx, 1975), “o organismo coletivo que trabalha, na cooperação simples ou na manufatura, é uma forma de existência do capital. Esse mecanismo coletivo de produção de numerosos indivíduos, os trabalhadores parciais, pertence ao capitalista” (livro 1, volume I, p. 412). O trabalhador, que antes exercia seu ofício de forma independente, é submetido a um processo de trabalho fragmentário, parcelado em atividades executadas por diferentes trabalhadores, que expressa uma cisão entre trabalho manual e trabalho intelectual e uma diferenciação hierárquica entre os trabalhadores (Marx, 1975). O autor relata que a perda de autonomia pelos trabalhadores não se deu sem resistência, sendo estes acusados de insubordinação por parte dos capitalistas.

⁸ No capítulo XXIII d’*O Capital*, Marx aborda a “Produção progressiva de uma superpopulação relativa ou de um exército industrial de reserva” e demonstra que uma população trabalhadora excedente, relativamente supérflua, é uma condição necessária a este modo de produção. A partir desta argumentação, Marx rejeita a teoria malthusiana, que advoga que a pobreza é consequência da reprodução da população pobre (Marx, 1975, livro 1, volume II, p. 730-43).

⁹ A divisão social do trabalho é anterior à manufatura, porém “enquanto a divisão social do trabalho, quer se processe ou não através da troca de mercadorias, é inerente às mais diversas formações econômicas da sociedade, a divisão do trabalho na manufatura é uma criação específica do modo de produção capitalista” (Marx, 1975, livro 1, volume I, p 411).

Segundo Pinto (2013), na industrialização, a organização do trabalho ganha um *status* de ciência ou disciplina, e está inserida em uma disputa política e econômica entre empresários e trabalhadores. Para o autor, os resultados deste embate têm relação direta com a saúde física e mental dos trabalhadores. No período inicial da Revolução Industrial, o empresariado se absteve do controle da coordenação do trabalho, que ficou sob a responsabilidade dos próprios trabalhadores. O interesse deste grupo pela administração do processo de trabalho advém das “exigências de precisão nos prazos e na qualidade dos produtos” (p. 17), decorrentes do desenvolvimento e da expansão do comércio. A luta pelo controle do trabalho tem como resultado

a clivagem não somente técnica, mas também sobretudo social do trabalho, que destina aos trabalhadores direitos e deveres diversos em relação aos empregadores, no que tange ao planejamento, coordenação, controle e execução das atividades do trabalho (p. 18).

As principais correntes da administração que influenciaram a organização do trabalho foram o taylorismo e o fordismo. Taylor (1856-1915), a partir da experiência dos trabalhadores, estabeleceu como eixo central de sua proposta o “estudo do tempo” necessário para a realização das atividades de produção. A partir dos resultados obtidos, os processos são padronizados e sua implementação é controlada exclusivamente pela administração da empresa. Aos trabalhadores cabe executar as ordens contidas em fichas de instrução, que detalham as quantidades, os meios e os resultados esperados.

A apropriação do conhecimento dos trabalhadores para seu enquadramento em um rígido controle sobre as formas e o ritmo de execução das tarefas, sob o comando de uma gerência, intensificou a exploração do trabalho. Por outro lado, o parcelamento minucioso do processo em atividades simplificadas foi responsável por minimizar a necessidade de aprendizagem na realização das mesmas, dispensando a qualificação prévia dos trabalhadores a serem contratados (Pinto, 2013).

Ford (1862-1947), partindo da organização do trabalho taylorista, introduziu a mecanização na linha de produção em série na indústria automobilística, fixando os operários em postos e movendo o objeto de trabalho através de uma esteira automatizada. Os trabalhadores são dispostos lado a lado e realizam repetidamente a mesma operação nos objetos, conforme estes são transportados pela esteira. A esteira suprimiu a parte do trabalho humano que era responsável por transportar o objeto de uma função para a outra e intensificou ainda mais a exploração do trabalho, através da imposição de um ritmo que não necessariamente é compatível com a saúde humana.

A fragmentação do processo e a simplificação da atividade exercida pelos trabalhadores representam um esvaziamento dos sentidos do trabalho. Apesar da grande exigência corporal envolvida, há uma tentativa de “administrar” a subjetividade do trabalhador:

As qualidades individuais de cada trabalhador, suas competências profissionais e educacionais, suas habilidades pessoais, toda a sua experiência, sua criatividade etc., sua própria “iniciativa”, como diria Taylor, são praticamente dispensáveis no sistema taylorista/fordista – salvo a capacidade de conseguir abstrair-se de sua própria vontade durante um longo período de tempo de sua vida.

Ressurge então, tal como no taylorismo, a questão da subjetividade do trabalhador, a escolha do “operário perfeito” pela empresa. Ora, dos seres humanos em perfeitas condições de saúde física e mental, quais teriam temperamento e personalidade adequados para conviver durante um longo período de sua vida nessas condições, sem estar completamente obrigado por forças das circunstâncias? (Pinto, 2013, p. 39).

A separação entre planejamento, exclusivo da gerência, e execução do trabalho reafirmam, respectivamente, a divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual. Neste contexto, o trabalho degradado e depauperado se expressa numa relação de *estranhamento* (ou alienação) do trabalhador com o seu trabalho. Ao ser reduzido à subsistência, o trabalho é estranho ao trabalhador por este estar despojado dos objetos de trabalho e também dos produtos do trabalho, ambos pertencentes ao proprietário dos meios de produção.

Se o trabalho num sentido amplo é o “ato que o homem executa visando transformar conscientemente a natureza” (Carcanholo, 2011, p. 147), numa relação social fundada sobre a propriedade privada dos meios de produção, há uma fratura da relação do ser humano com a natureza, por isso “o trabalho mesmo se torna um objeto, do qual o trabalhador só pode se apossar com os maiores esforços e com as mais extraordinárias interrupções” (Marx, 2010, p.80). Se homens e mulheres são parte da natureza e o trabalho é uma atividade essencialmente humana, o trabalho estranhado é uma negação do trabalhador que

só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho (...). O trabalho não é a satisfação de uma carência, mas somente um *meio* para satisfazer necessidades fora dele. (...). Finalmente, a externalidade do trabalho (*Äusserlichkeit*) aparece para o trabalhador como se o [trabalho] não fosse seu próprio, mas de um outro, como se o [trabalho] não lhe pertencesse, como se ele no trabalho não pertencesse a si mesmo, mas a um outro (...), assim também a atividade do trabalhador não é a sua autoatividade. Ela pertence a outro, é a perda de si mesmo (Marx, 2010, p.83).

O estranhamento é de especial interesse para a Saúde Coletiva, considerando que apesar da “valorização” do trabalho, este é fonte de sofrimento ao trabalhador, que tendo sua participação na produção restrita à execução de tarefas, tem na atividade laboral “em vez de satisfação, apenas desgaste físico e mental” (Carcanholo, 2011, p. 149).

O estranhamento do trabalho se dá sob um sistema de produção baseado na concorrência entre os empresários, cujo eixo principal da disputa é a produção de mercadorias no tempo social mínimo necessário¹⁰.

A concorrência realiza a lei segundo a qual o valor relativo de um produto é determinado pelo tempo de trabalho necessário de trabalho para produzi-lo. O tempo de trabalho que serve de medida ao valor venal torna-se desta maneira a lei de uma *depreciação* contínua do trabalho (Marx, 2004, p. 59)

A partir da década de 1970, após um longo período de crescimento econômico, a produção industrial em larga escala, organizada pelos sistemas taylorista e fordista, em países centrais e periféricos, se tornou sujeita a desequilíbrios econômicos mundiais. Há uma diminuição do investimento na produção industrial, uma expansão do setor de serviços (que incluem comércio, finanças, educação, saúde, segurança, etc.) e uma forte intensificação da financeirização da economia. Neste contexto há um avanço nas políticas neoliberais de diminuição da participação dos Estados nacionais nos direitos e políticas sociais (Pinto, 2013, p. 43-44).

A “adesão” do Estado à prescrição neoliberal apenas confirma a afirmação de Marx (2015) de que “o poder do Estado não flutua no ar” (p. 326), e sim que está implicado com o modo de produção vigente e, conseqüentemente, com o poder da classe dominante.

Com a diminuição da expansão no setor industrial, o sistema taylorista/fordista não é mais adequado para organizar a produção. Entra em curso uma reestruturação produtiva para responder às seguintes demandas: alta flexibilidade da produção (diferentes modelos, em curto período de tempo, em escala variável), altos índices de qualidade nos produtos, baixos preços finais e entrega rápida e precisa (Pinto, 2013).

O toyotismo¹¹, desenvolvido na década de 1950 nas fábricas da indústria Toyota de automóveis, foi a experiência de reorganização do trabalho que mais se destacou pela capacidade de responder às exigências acima listadas. Em linhas muito gerais, as características principais deste modelo são (Pinto, 2013): a polivalência do trabalhador (que pode assumir diferentes funções de acordo com a demanda, inclusive simultaneamente), que diminui o número de trabalhadores necessários da produção, a “autonomação” (mecanismo de parada automática das máquinas em caso de detecção de defeitos na fabricação) e a organização celular - “equipes de trabalhadores que podem alternar-se em seus postos

⁹ “(...) aquilo que determina o valor não é o tempo no qual uma das coisas foi produzida, mas sim o mínimo de tempo no qual ela é suscetível de ser produzida” (Marx, 2004, p. 60).

¹¹ A expansão da prática do toyotismo não significa o abandono do taylorismo e fordismo, que persistem e convivem com outras tendências e também se apresentam sobre novas formas: neofordismo, neotaylorismo e pós-fordismo (Antunes, 2015, p. 34).

conforme o volume de produção pedido ou metas de qualidade exigidas ou outro motivo” (Pinto, 2013, p. 66). A organização flexível do trabalho, como o toyotismo, se por um lado parece aumentar a autonomia dos trabalhadores, ao por exemplo, reduzir os cargos de chefia dentro da hierarquia institucional, por outro lado, inaugura a “gerência pelo estresse”, com alto nível de responsabilização das equipes pela produção. Ao mesmo tempo, apesar de estarem organizados em equipes, os trabalhadores estão mais isolados, e devido à alta responsabilidade na operação das máquinas e pela sobrecarga de trabalho, têm menor chance de socialização durante a jornada.

A fragmentação do conjunto de trabalhadores também é induzida pela avaliação de desempenho que não é individual, mas por equipe, e delega aos colegas a cobrança de produtividade que até então era de responsabilidade dos cargos gerenciais. A sobrecarga de trabalho se expressa também no aumento do número de horas extras nas fábricas da Toyota, que por meio de dispositivos como “banco de horas”, firmados em acordos coletivos, não são remuneradas. Como consequência desta racionalização e intensificação do uso da força de trabalho há um aumento de desemprego, fato que coage os trabalhadores a aceitarem as novas condições e as exigências de trabalho impostas pela empresa (Pinto, 2013).

Para esta reorganização do trabalho se efetivar foi necessário que os Estados operassem mudanças nas legislações trabalhistas, com enfraquecimento dos mecanismos de regulação da exploração do trabalho e de proteção social da classe trabalhadora. Estas mudanças integram-se às premissas neoliberais anunciadas no Consenso de Washington, de 1990.

Outros elementos importantes na reconfiguração da produção são a reterritorialização e desterritorialização da produção (mudanças na geolocalização dos espaços produtivos, a nível nacional e internacional), que tornam ainda mais vulnerável a negociação entre trabalhadores e empregadores (Antunes, 2006, p. 15). Neste contexto, a divisão social do trabalho também passa por modificações decisivas para o conjunto da classe trabalhadora.

A conjunção dessas duas vias de transformações, a reestruturação produtiva e a flexibilização da ação estatal interventora no movimento de livre mercado, tem resultado no aumento da segmentação da classe trabalhadora em dois grupos distintos. Num deles estão os trabalhadores mais escolarizados, dos quais se exige mais participação e polivalência. (...) No outro grupo estão os trabalhadores contratados temporariamente ou por tempo parcial, os subcontratados como “terceiros”, os vinculados à economia informal, dentre tantas outras formas de trabalho predatório existente (Pinto, 2013, p. 49).

No caso do capitalismo brasileiro, foi preciso responder tanto aos novos padrões produtivos impostos pela concorrência internacional, quanto ao fortalecimento do movimento sindical. Observa-se desde a década de 1980 a tendência da informatização produtiva, do

sistema *just-in-time*¹², do trabalho em equipe, de programas de qualidade total, de difusão da microeletrônica. Também já se faz presente a utilização de métodos “participativos”, o que não costuma representar maior controle pelos trabalhadores, mas sim um recurso para ampliar a adesão e a sujeição destes à gestão do processo de trabalho (Antunes, 2006). Antunes descreve duas fases de *precarização estrutural do trabalho*:

a primeira, de base tayloriano/fordista, é mais acentuadamente *despótica*, embora mais *regulamentada* e *contratualista*. O trabalho é mais coisificado e reificado, maquinal, embora provido de direitos e de regulamentação social (...) A segunda forma de degradação do trabalho advém da implantação do que denomino *flexibilidade liofilizada*, aparentemente mais “*participativa*”, mas cujos traços de estranhamento e reificação são mais *interiorizados* do que aqueles vigentes no período precedente (Antunes, 2015, p. 258).

A partir de pesquisas em diversos setores produtivos e de serviços, Antunes (2006) destaca determinadas tendências do trabalho no Brasil na década de 1990. Há a permanência de elementos advindos do fordismo e a introdução de novas formas de acumulação flexível. Expande-se o uso de equipamentos informacionais, que exige uma qualificação da força de trabalho para que desempenhe função polivalente, “porém com salários muito inferiores àqueles alcançados pelos trabalhadores das economias avançadas” (p. 19). A informatização do trabalho contribui para o agravamento das doenças relacionadas ao trabalho, como no caso das lesões por esforço repetitivo.

Em nome do aumento da produtividade presenciou-se um apelo à subjetividade do trabalhador, que deve oferecer cada vez mais ao empregador, incluindo atividades em seu tempo livre. Este apelo também se nota na mudança na forma de tratamento do trabalhador, que passa a ser chamado de “colaborador”, “parceiro”, “sócio” (Antunes, 2006). Nesse mesmo contexto, há a implantação de programas de qualidade total e remuneração variável. Em especial no setor bancário, mas não apenas neste, amplia-se a terceirização, a contratação por tarefas ou em tempo parcial. A terceirização pode ser verificada pela intensiva implantação de *call centers*, que geram um forte impacto na precarização dos empregos e na redução dos salários.

O trabalho no setor financeiro, que segundo Antunes (2006) aumenta em número sua força de trabalho, devido à expansão da atividade desde a década de 1970, é fonte de enormes lucros:

sob o movimento rápido e ágil das máquinas informatizadas, os homens e as mulheres realizam um conjunto infindável de operações de registro e transferência de valores. Transformam mercadoria-dinheiro em mais dinheiro, verdadeira *fonte misteriosa* (Antunes, 2006, p. 21).

12 Este princípio elimina a presença de estoques nas fábricas: a produção é feita de acordo com a encomenda, em tempo hábil. Ao contrário da prática corrente no período de crescimento econômico, o objetivo é que não ocorra sobreprodução e, portanto, prejuízos ao empresário caso não haja demanda de consumo das mercadorias.

Há um aumento da participação do trabalho feminino no mercado formal (como no caso dos *call centers*), entretanto sob relações de exploração mais duras, que se revela em condições de trabalho e salários desiguais.

Nos setores calçadista e têxtil, identifica-se a ampliação do trabalho em domicílio, nas pequenas unidades produtivas, bem como o aumento do desemprego. A externalização da produção e a terceirização estão relacionadas à perda dos direitos sociais e trabalhistas. Sobre o setor têxtil, Antunes (2006) afirma:

Uma vez preservada a marca (já que vivenciamos a era do capitalismo dos signos, das embalagens, do involucral e do supérfluo), as empresas passaram então, a recorrer ainda mais à terceirização, reduzindo os custos da produção, acarretando um enorme desemprego e enfraquecendo a coesão e a solidariedade dos trabalhadores (p. 23).

Devido às mudanças no mundo do trabalho, a centralidade que o trabalho ocupa na teoria marxista tem sido questionada por autores como Gorz, Offe e Habermas (Antunes, 2015; Carcanholo, 2013; Teixeira, 2009). De forma bem geral, pode-se dizer que os questionamentos apontam para uma perda da materialidade do trabalho, sinalizada pela diminuição do trabalho industrial, pela diminuição do trabalho vivo dentro das fábricas e pelo aumento do setor de serviços, dentro de um contexto de financeirização da economia.

Para Gorz e Offe, o avanço da tecnologia da informação com a consequente necessidade de trabalho especializado (distante da totalidade do processo), bem como a racionalidade distinta do setor de serviços, que compromete a possibilidade de controle e avaliação sobre o trabalho, demonstram uma opacidade do processo de produção e a imaterialidade do trabalho. Haveria também um esvaziamento da função socializadora do trabalho, que seria apenas um “entre outros” interesses, como comprovaria o declínio do trabalho assalariado (Teixeira, 2009).

Porém, o que para estes autores seriam as “provas” da perda da centralidade do trabalho, indicam apenas sua reconfiguração, e sinalizam uma tendência de “sofisticação” da exploração da força de trabalho.

No que diz respeito ao tempo de trabalho, a tendência que se observa em todo mundo é a uma crescente intensificação do trabalho, mediante a eliminação dos “tempos mortos” e da utilização de mecanismos sofisticados de controle das atividades dos trabalhadores. As elevadas taxas de desemprego, associadas com a queda do salário real, têm obrigado as pessoas, para manterem seus empregos, a trabalharem cada vez mais (...). É cada vez mais tênue a diferença entre o tempo social, tempo dedicado ao lazer, e o tempo trabalho (Teixeira, 2009, p. 67).

Habermas, apesar de reconhecer a importância das forças produtivas, apoia-se em Offe ao negar que o trabalho seja o elemento estruturador da vida social. Mas para além disso, acusa o materialismo histórico dialético de “reducionismo economicista”, assim como de negligenciar o papel fundamental do Estado no comando da “valorização do valor”. Habermas afirma que a linguagem, e não o trabalho, é o elemento central da evolução social e que a

força produtiva não se encontra no valor-trabalho, mas na ciência. Por isso, a chave do desenvolvimento civilizatório estaria na comunicação e não na luta de classes (Antunes, 2015; Teixeira, 2009).

Em resposta às críticas de Habermas, Teixeira (2009) afirma que, além de fazer uma leitura errônea da obra de Marx (em relação ao método, à crítica de “economicismo” e à relação entre política e economia), o autor desconsidera que a comunicação está subordinada à forma mercadoria. Não há mais espaço ou tempo para o exercício de uma comunicação livre, pois o “tempo vivido é o tempo vivido do capital” (p. 84).

Ao substituir a luta de classes pelo *agir comunicativo*, Habermas dialoga com indivíduos anônimos, indiferenciados socialmente, “tudo se passa como se não houvesse mais poder, ou pelo menos, se existe, não tem cara; não tem dono. Afinal, ele entende por integração social a unidade de um mundo social de vida fundado em valores e normas” (Teixeira, 2009, p. 88).

A atribuição da ciência como conteúdo principal da força produtiva é refutada por Antunes (2015). Para o autor, esta formulação:

Desconsidera as interações existentes entre trabalho vivo e avanço tecnocientífico sob as condições dos desenvolvimentos capitalistas. Não se trata, portanto, de dizer que a teoria do valor-trabalho não reconhece o papel crescente da ciência, mas que esta encontra-se tolhida em seu desenvolvimento pela base material das relações entre capital e trabalho, a qual não pode superar (p. 209).

O aprimoramento do instrumental tecnológico, advindo da ciência, no processo produtivo dos ramos com maior aporte de tecnologia, não provoca a extinção do trabalho e sim “um processo de retroalimentação que gera a necessidade de encontrar uma *força de trabalho ainda mais complexa, multifuncional, que deve ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada*” (Antunes, 2015, p. 210).

O aumento dos trabalhadores empregados no setor de serviços (reforçado pela privatização de áreas como a telefonia) também leva ao questionamento da validade da teoria do valor de Marx. A construção teórica n’*O Capital* parte principalmente da análise do trabalho fabril, forma predominante de seu tempo, e por isso, não corresponderia à realidade contemporânea.

Todavia, a produção do valor se dá igualmente na produção industrial e na oferta de serviços, “a diferença entre elas está no fato de que a *mercadoria-serviço* tem seu consumo simultâneo com a produção” (Carcanholo, 2011, p. 158, grifo nosso). Como consequência “a eficiência e a produtividade dos trabalhadores empregados nesses setores da economia são, agora, mensuradas e avaliadas da mesma forma como acontece na indústria” (Teixeira, 2009, p. 72).

De acordo com Antunes (2015), as transformações ocorridas no mundo do trabalho, apenas reiteram a vigência da *sociedade produtora de mercadorias* em escala global:

Ainda que presenciando uma redução quantitativa (com repercussões qualitativas) no mundo produtivo, o trabalho *abstrato*¹³ cumpre papel decisivo na criação de valores de troca. As mercadorias geradas no mundo do capital resultam da atividade (manual e/ou intelectual) que decorre do trabalho humano em interação com os meios de produção (p. 95).

Para o autor, se na aparência o trabalho está em plano secundário, a essência do papel do dos trabalhadores nas relações sociais deve ser procurada, tendo como perspectiva a cadeia de valor: “ainda que resultado de uma atividade laborativa heterogênea, socialmente combinada e globalmente articulada, a *totalidade do trabalho* cumpre papel central no processo de criação de valores de trocas” (Antunes, 2015, p. 109).

O predomínio do capital fictício não representa a superação do trabalho como produtor de valores e sim que “a sobrevivência da atual etapa especulativa do capitalismo encontra seu fundamento na elevação em níveis sem precedentes da exploração do trabalho produtivo em suas diversas formas” (Carcanholo, 2011, p. 157). A financeirização da economia exige um modelo de produção de mercadorias no qual é imprescindível, em escala global, a exploração do trabalho depauperado. Harvey (2011), ao discutir a movimentação espacial do capital, dá um exemplo que ilustra a relação entre trabalho e capital portador de juros.

O dinheiro é reunido em alguma região e levado para um lugar especial para utilizar os recursos de trabalho que vêm de outro lugar. Deposito dinheiro em uma conta poupança no meu banco local em Baltimore, e o dinheiro acaba nas mãos de um empresário que construiu uma fábrica de meias em Dongguan, na China, e contrata trabalhadores migrantes do interior (principalmente jovens mulheres) (Harvey, 2011, p. 42).

Neste contexto, a heterogeneidade do trabalho e da classe trabalhadora tem sua unidade na forte tendência de precarização - o “capital necessita cada vez *menos* do trabalho *estável*” (Antunes, 2015, p. 208). O autor afirma ainda que:

o capital desemprega cada vez mais trabalho estável, substituindo-o cada vez mais por trabalhos precarizados, que se encontram em enorme expansão no mundo agrário, industrial e de serviços, bem como nas múltiplas interconexões existentes entre eles, como na agroindústria, nos serviços industriais e na indústria de serviços (p. 246).

Longe de se testemunhar o “fim da sociedade do trabalho” está evidente o caráter central que o trabalho ocupa, revelado pela transversalidade em que se faz presente em questões como desemprego, gênero, geração, etnia e nacionalidade (Antunes, 2015).

O reconhecimento da intensificação da esfera do consumo, ao invés de encaminhar à ideia de deslocamento do trabalho como esfera socializadora central, pode contribuir com o

13 Trabalho abstrato, para Marx, é “o trabalho humano homogêneo, dispêndio de idêntica força de trabalho (...) força de trabalho única, embora se constitua de inúmeras forças de trabalho individuais” (Marx, 1975, livro I, p. 45).

questionamento sobre a origem da vertiginosa quantidade de produtos consumidos nas cidades.

Da *General Motors* à *Microsoft*, da *Benetton* à *Ford*, da *Toyota* ao *McDonald's*, será que o mundo produtivo e de serviços de fato não mais carece do trabalho vivo? Este teria se tornado mera *virtualidade*? É ficção que a *Nike* se utiliza de quase 100 mil trabalhadores e trabalhadoras, esparramados em tantas partes do mundo, recebendo salários degradantes? (Antunes, 2015, p. 208).

Tanto os trabalhadores em situações mais degradantes, quantos os trabalhadores mais especializados, apesar dos processos de interiorização impostos pelas tendências atuais da administração, vivenciam o fenômeno do estranhamento. O desenvolvimento tecnológico não contribui com a emancipação humana na esfera do trabalho, capaz de promover uma “individualidade cheia de sentido” (Antunes, 2015, p. 113). Antunes (2015) afirma que o desemprego e a piora das condições de trabalho em países centrais, que marcam a presença do “terceiro mundo” no coração do “primeiro mundo”, são uma “evidência que o estranhamento é um fenômeno exclusivamente histórico-social” (p. 113-114).

2.3 CLASSE SOCIAL EM MARX

A divisão da sociedade em classes sociais não advém do período capitalista e Marx não foi o primeiro teórico a abordar o assunto:

não me cabe o mérito de ter descoberto nem a existência das classes na sociedade moderna, nem a sua luta entre si. Muito antes de mim, historiadores burgueses tinham exposto o desenvolvimento histórico desta luta das classes, e economistas burgueses a anatomia econômica das mesmas (Marx, 1982, s/p)

Na obra deixada por Marx não há uma formulação específica ou uma teoria sobre classes sociais, a inovação que ele realizou no plano teórico, segundo as próprias palavras, foi “demonstrar que a existência das classes está apenas ligada a determinadas fases de desenvolvimento histórico da produção” (Marx, 1982, s/p). A existência das classes também pressupõe o embate entre as mesmas e é determinante para as transformações históricas:

homem livre e escravo, patricio e plebeu, senhor feudal e servo, mestre de corporação e companheiro, em resumo, opressores e oprimidos, em constante oposição, têm vivido numa guerra ininterrupta, ora franca, ora disfarçada; uma guerra que terminou sempre ou por uma transformação revolucionária da sociedade inteira, ou pela destruição das duas classes em conflito (Marx; Engels, 2010, p. 40).

Ao final do período feudal, a nascente sociedade burguesa se segmentou de forma “mais simplificada” em dois grupos. Os proprietários dos meios de produção (burgueses ou capitalistas) têm sua origem nos servos da idade média que habitavam os burgos. O outro grupo é a classe trabalhadora que, desprovida de outras posses, tem como única possibilidade de acesso aos meios de subsistência a venda de sua força de trabalho (Marx; Engels, 2010, p. 40).

Entre estes dois polos principais existem camadas médias. No Manifesto Comunista, Marx e Engels (2010) observam sobre a tendência de “deslocamento” das “camadas inferiores” para a classe trabalhadora:

As camadas inferiores da classe média de outrora, os pequenos comerciantes, os que vivem de rendas [*rentiers*], artesãos e camponeses, caem nas fileiras do proletariado; uns porque seu pequeno capital não permite empregar os processos da grande indústria e sucumbem na concorrência com os grandes capitalistas; outros porque sua habilidade profissional é depreciada pelos novos métodos de produção. Assim, o proletariado é recrutado em todas as classes da população (p. 47).

No livro *18 Brumário*, Marx (2015) revela como as estratégias de Luís Bonaparte para restaurar a monarquia dependeram da clivagem social francesa. Havia uma grave crise econômica vigente, com dez mil operários “sem pão” em Paris naquele momento.

Luís Bonaparte logrou o poder devido ao apoio do campesinato, “em uma reação do campo contra a cidade”. Sem condições materiais para a produção agrícola e muito empobrecida, esta fração viu na ascensão de Luís Bonaparte, uma promessa de melhoria de sua situação econômica. Outro grupo social que Bonaparte mobilizou (por meio de festas e doações) e “organizou” foi o lumpemproletariado, criando e chefiando a “Sociedade 10 de dezembro”, composta por membros deste grupo (Marx, 2015, p. 275-6).

Marx (2015) descreveu que na França do século XIX existiam as seguintes classes sociais: monarquia, proletariado, aristocracia financeira, burguesia industrial, a ordem média, os pequenos-burgueses, o exército, o lumpemproletariado, as competências intelectuais e a população do campo. Apesar da aparente diversidade na composição da sociedade francesa, os grupos se situavam entre os dois pólos principais: trabalhadores e proprietários. Em relação, por exemplo, à disputa interna da monarquia, entre proprietários das terras - representados pelos Bourbons - e a aristocracia financeira - representada pelos orleanistas - Marx afirmou que se tratava de “dois interesses da burguesia”, pois a grande propriedade fundiária também estava envolvida no desenvolvimento econômico burguês (p. 245).

Marx (2015) avalia que a presença das classes sociais médias, de transição, que se encontram entre as duas classes fundamentais, como no caso da pequena burguesia, pode mascarar o antagonismo entre as classes, pois está inserida entre os interesses das duas classes, o que a leva a julgar-se “acima da oposição de classes em geral” (p. 251).

Diante disso, a classe social não é definida estritamente pela renda, mas antes, pela posição que o grupo ocupa no modo de produção, que tem como desdobramento a formação de uma identidade sociocultural, o que determina também o caráter relacional entre os grupos: “na medida em que milhões de famílias vivem em condições econômicas de existência que as separam pelo seu modo de viver, pelo seus interesses e pela sua cultura das outras classes e as

opõem a estas de um modo hostil, aquelas formam uma classe” (Marx, 2015, p. 327). A formação das classes sociais no capitalismo teve sua origem no processo de acumulação primitiva, através do cerceamento e expulsão dos camponeses de suas terras, entre os séculos XIV e XV (Marx, 1975, 828-82). Harvey (2003), seguindo a leitura feita por Rosa Luxemburgo desse processo, defende que o uso do termo *acumulação por espoliação* é mais apropriado que “acumulação primitiva”, pois:

Todas as características da acumulação primitiva que Marx menciona aparecem fortemente presentes na geografia histórica do capitalismo até nossos dias. A expulsão de uma população camponesa e a formação de um proletariado sem terra têm se acelerado em países como o México e a Índia nas últimas três décadas; muitos recursos antes partilhados, como a água, têm sido privatizados (com frequência por insistência do Banco Mundial) e inseridos na lógica capitalista da acumulação (...). O agronegócio substitui a agropecuária familiar. E a escravidão não desapareceu (p. 121).

Harvey (2003) também afirma que é necessário considerar as particularidades para entender a constituição do proletariado, que

envolve a apropriação e a cooptação de realizações culturais e sociais preexistentes, bem como o confronto e a supressão. As condições de luta e de formação da classe trabalhadora variam amplamente (...). O resultado é muitas vezes deixar vestígios de relações sociais pré-capitalistas na formação da classe trabalhadora, assim como criar diferenciações geográficas, históricas e antropológicas no modo de definir a classe trabalhadora. Por mais universal que seja o processo de proletarianização, o resultado não é a criação de um proletariado homogêneo (p. 122).

Para a feminista Silvia Frederici (2010), a acumulação primitiva não foi apenas uma concentração de trabalhadores para o capital,

fue también una acumulación de diferencias y divisiones dentro de la clase trabajadora, en la cual las jerarquías construídas a partir del género, así como de “raza” y edad, se hicieron constitutivas de la dominación de clase y de la formación del proletariado moderno (p.102).

A hierarquia de gênero, em muitos casos, serviu para embotar o reconhecimento do antagonismo de classes (Frederici, 2010).

Assim, a acumulação primitiva de capital no continente americano recorreu ao trabalho de escravos africanos mobilizados pelo tráfico negreiro. Dentro da heterogeneidade da classe trabalhadora, formas de opressão estruturais, como o racismo e o machismo, estão determinadas pela forma de exploração. Por isso o salário das mulheres é inferior ao dos homens e salário das mulheres negras é inferior ao das mulheres brancas.

Perante a morfologia contemporânea da classe trabalhadora (incluindo aí suas diferenciações internas) e dos questionamentos quanto à validade da primazia do trabalho, Ricardo Antunes (2015, p. 26), utiliza a denominação *classe-que-vive-do-trabalho*, para designar o proletariado. Independente do ramo econômico (que também está sob uma nova morfologia, como no caso da indústria de serviços e da agroindústria) em que os componentes deste grupo estão inseridos, estes ainda dependem exclusivamente da venda de sua força de

trabalho para se manter. O traço comum neste processo de formação da classe trabalhadora, necessário ao capital, é a tendência inevitável ao pauperismo (Marx; Engels, 2010), “previsão” esta que se confirma até os dias atuais.

A tendência de precarização e flexibilização são justificadas como uma solução para evitar o aumento do desemprego (Vasapollo, 2006). A flexibilização, termo polissêmico, apesar de não ser um sinônimo de precarização, pode contribuir com a última. Entre as várias possibilidades que o termo flexibilização abarca, Vasapollo (2006) destaca: a liberdade de demissão sem penalidades para o empregador; a liberdade de aumento ou redução da jornada de trabalho, quando a produção necessite; a liberdade de negociações salariais que desrespeitem princípios como a paridade de trabalho; a jornada de trabalho flexível, horário de trabalho flexível (determinado sem aviso prévio pelo empregador), a flexibilização de contratos de trabalho.

Vale dizer que os trabalhadores com vínculo formal também estão sujeitos a medidas de flexibilização e precarização do trabalho, ainda que em contradição com a legislação trabalhista. Estas medidas refletem a tendência de um padrão de exploração pela intensificação e extensão do tempo de trabalho, que se refletem em ataques à regulamentação do trabalho. No “universo discursivo do capital”, o precário é o moderno e as medidas de proteção aos trabalhadores são “antiquadas” devendo, por isso, ser abandonadas (Antunes, 2015). Diante da heterogeneidade da classe trabalhadora, parece ser a precarização o seu traço unificador, que inicialmente tem a aparência de exceção, mas que segue se consolidando como regra.

2.4 A REPRODUÇÃO SOCIAL

Em qualquer forma de produção social, “uma sociedade não pode parar de consumir, nem de produzir” (Marx, 1975, p.695). Considerando que o sistema de produção capitalista depende da compra da força de trabalho para sua perpetuação, é necessário que o trabalhador tenha acesso às condições imediatas de sobrevivência para se manter trabalhando:

O trabalho é ele próprio mercadoria, mede-se como tal pelo tempo de trabalho que é preciso para produzir o trabalho-mercadoria. E o que é preciso para produzir o trabalho-mercadoria? Justamente aquilo que é preciso em tempo de trabalho para produzir os objetos indispensáveis à manutenção incessante do trabalho, quer dizer, aquilo que faz viver o trabalhador e põe em condição de propagar sua raça¹⁴ (Marx, 2004, p. 46).

¹⁴ Na mesma obra, Marx (2004) cita os casos excepcionais em que o tempo como medida de valor é incompatível com o antagonismo de classes.

O salário, incluindo eventualmente outros benefícios pagos ao trabalhador, tem como função, portanto, subsidiar o consumo para garantir a continuidade do trabalho. Este é o valor-de-uso da força de trabalho, mercadoria especial, pois é a única que pode gerar mais valor.

O momento do “não-trabalho” deve repor a energia dispendida pelo trabalhador no processo produtivo, por meio do consumo de mercadorias e serviços como, por exemplo, alimentos, e por meio do descanso, possibilitando seu retorno à próxima jornada de trabalho.

Para além da reprodução individual do trabalho, o capital demanda contingente para a substituição da força trabalho, seja por morte ou aposentadoria, proporcionando as (mínimas) condições necessárias para que outras gerações sobrevivam e se desenvolvam (o que inclui educação, formação profissional e acesso à serviços de saúde). Assim, no salário, o valor “calculado” incorpora não apenas a sobrevivência do trabalhador, mas também a manutenção de sua prole, que integrará futuramente o proletariado. Neste sentido, a família é um importante mediador das relações sociais entre o indivíduo e a sociedade de classes (Carcanholo, 2011).

Para Marx (1975), “as condições da produção são simultaneamente as da reprodução” (659-60), que por isso também estará determinada pela forma capitalista. A reprodução social pode ser compreendida em duas dimensões. A reprodução simples diz respeito ao “ponto de vista do ato individual e isolado” e a reprodução ampliada, ao “ponto de vista da totalidade” da relação entre as classes sociais (Carcanholo, 2011, p. 133-7).

Ao ponto de vista do ato individual, parte-se da relação entre o empresário e trabalhador, como “independente” do conjunto da sociedade. O trabalhador vende sua força de trabalho por um período de tempo. Neste período, transforma a matéria-prima utilizando os instrumentos de trabalho (de propriedade do empregador). Esta ação produz a mercadoria, que incorpora o valor dos materiais empregados à mesma e assim materializa nela um novo valor. Como já citado anteriormente, a mais-valia é o excedente entre o valor do salário pago pela jornada de trabalho e o valor da mercadoria. Diante do valor da mercadoria, a força de trabalho pode custar apenas duas horas da jornada cumprida por oito horas. Este excedente de trabalho não pago é a mais-valia (Carcanholo, 2011).

Carcanholo discute a *aparência* de não exploração nesta operação: o empresário pagou os materiais empregados e o trabalhador recebeu pela jornada combinada tendo todo o trabalho pago; logo, a mercadoria e a mais-valia obtida pertencem por direito ao empregador. Algum trabalhador com mais consciência da totalidade do processo pode identificar a exploração, pois sabe que “ganha menos do que entrega ao patrão”. Quando o empresário não

cumprir com seu dever, não pagando horas extras ou não formalizando um contrato de trabalho, não há dúvida que exista a exploração (Carcanholo, 2011).

Entretanto, do ponto de vista da totalidade, Marx (1975), revela que “a forma mercadoria do produto e a forma dinheiro da mercadoria dissimulam a operação” (p. 665) (no último no caso, o pagamento em salário pela mercadoria força de trabalho). Da perspectiva das relações sociais,

a ilusão gerada pela forma dinheiro desaparece logo que se consideram não o capitalista e o trabalhador isolados, mas a classe capitalista e a classe trabalhadora, não o processo de produção isolado, mas o processo capitalista em sua continuidade e toda sua extensão social (Marx, 1975, p. 665).

Neste processo, o salário dá à classe trabalhadora a possibilidade de compra de bens produzidos pela própria classe trabalhadora, o que significa que “receberam simplesmente o direito de se apropriar do produto do seu trabalho”, mas apenas de uma parte desta produção (Carcanholo, 2011, p. 135). Este acesso parcial aos bens produzidos pelo trabalho garante a continuidade da própria produção capitalista.

O capital que fornece em troca da força de trabalho se converte em meio de subsistência, cujo consumo serve para reproduzir músculos, nervos, ossos e cérebro do trabalhador existente e gerar novos trabalhadores. Dentro dos limites do absolutamente necessário, o consumo individual da classe trabalhadora, portanto, transforma os meios de subsistência, proporcionados pelo capital em troca de força de trabalho, em nova força de trabalho explorada pelo capital. É produção e reprodução do meio de produção mais imprescindível ao capitalista, o próprio trabalhador (Marx, 1975, p. 666).

Neste sentido, ainda que “o trabalhador realize seu consumo individual tendo em vista sua própria satisfação e não a do capitalista”, o ato de consumir “constitui condição necessária e permanente da reprodução do capital” (Marx, 1975, p. 666), o que elimina qualquer dúvida¹⁵ sobre o caráter de exploração na relação entre capital e trabalho.

na realidade, o consumo individual do trabalhador é para ele mesmo improdutivo, pois só reproduz o indivíduo necessitado; é produtivo para o capitalista e para o estado, pois constitui a produção da força que cria a riqueza alheia (Marx, 1975, livro 1, volume II, pag. 667).

Se para o capitalista é possível acumular riqueza pela exploração da força de trabalho e pelo consumo da classe trabalhadora, o trabalhador se mantém na condição de ser proprietário unicamente da sua força de trabalho e de se submeter às leis do mercado. Pela

¹⁵ No caso do do pequeno produtor (“microempresário”) e sua relação com seus empregados, Carcanholo (2011) afirma que devido o preço que o produto alcança no mercado pode não haver apropriação de mais-valia: “caso nada se aproprie da mais-valia produzida por seus assalariados e a transfira, via preços, ele não pode ser considerado um explorador. É na verdade, um *instrumento da exploração* ao extrair mais-valia para o resto do capital, mas não se trata, na realidade, de um explorador. Pode até tratar-se de um explorado, embora instrumento dela” (p.137).

dissociação entre trabalhador e propriedade, também no consumo o trabalhador está em uma posição de “desvantagem”.

Como lembram Marx e Engels (2010) após ser explorado no trabalho, o operário também tem que se submeter às regras e aos preços impostos pelos proprietários de imóveis para ter acesso à moradia, mesmo que em situação precária (tal como ocorre hoje através da hegemonia da especulação imobiliária).

O consumo porta dois elementos de reificação do capital: o dinheiro pago à classe trabalhadora retorna para o empresariado por meio da compra de mercadorias e serviços, e o consumo é necessário para que a classe trabalhadora continue produzindo, o que leva Marx a concluir que:

mesmo quando não está diretamente empenhada no processo de trabalho, é um acessório do capital do mesmo modo que o instrumental inanimado de trabalho. Dentro de certos limites, mesmo seu consumo individual não passa de um elemento do processo de reprodução do capital (Marx, 1975, p. 666).

Por este duplo aspecto estrutural, o consumo não é determinado prioritariamente pela demanda individual; ao contrário, “a produção precede o consumo, a oferta força a demanda” (Marx, 2004, p. 63). Sobre o consumo pós revolução industrial, Marx afirmou:

Por que, pois, o algodão, batata e a aguardente são eixos da sociedade burguesa? Porque é preciso, para produzi-los, menos trabalho e, portanto, estão disponíveis a menor preço. Porque mínimo preço decide o máximo de consumo? Seria, por acaso, por causa da utilidade absoluta desses objetos? (...) Não, é porque em uma sociedade fundada sobre a *miséria*, os produtos mais *miseráveis* têm a prerrogativa fatal de servir ao uso da maioria (Marx, 2004, p. 57).

Assim como a batata, o algodão e a aguardente na época de Marx, o padrão de cultivo estabelecido pelo modelo latifundiário - que obriga pequenos agricultores a utilizarem agrotóxicos na produção agrícola (que comprometem a saúde de quem consome, e mais dramaticamente a do trabalhador rural) - também se dá pela prerrogativa de aumentar a produção no tempo mínimo necessário.

A compreensão da natureza do consumo na sociedade capitalista contemporânea é fundamental para o campo da Saúde Coletiva. Frente às iniciativas de “promoção à saúde” em relação, por exemplo, aos hábitos alimentares saudáveis, é necessário reconhecer a indução do consumo pelo setor produtivo, como no caso dos alimentos industrializados ultraprocessados¹⁶, porque:

Sabe-se que, no universo da sociabilidade produtora de mercadorias, cuja finalidade básica é a criação de valores de troca, o valor de uso das coisas é minimizado, reduzido e subsumido ao seu valor de troca. Mantém-se somente enquanto condição *necessária* para a integralização do processo de valorização do capital, do sistema produtor de mercadorias (Antunes, 2015, p. 97).

¹⁶ Sobre alimentos ultraprocessados, ver Guia Alimentar para a População Brasileira, Ministério da Saúde, 2014. Disponível para download em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

O imperativo do valor de troca acaba por associar as mercadorias e o ato de consumir a valores sociais que justificam o consumo e envolvem a dimensão subjetiva dos membros da classe trabalhadora:

as diversas manifestações de *estranhamento* atingiram, além do espaço da produção, ainda mais intensamente a esfera do *consumo*, a esfera da vida fora do trabalho, fazendo do *tempo livre*, em boa medida, um tempo também sujeito aos valores do sistema produtor de mercadorias. O ser social que trabalha deve somente ter o necessário para viver, mas deve ser constantemente induzido a querer viver para ter ou sonhar com novos produtos (Antunes, 2015, p. 114).

Entretanto, é necessário lembrar que muitas vezes a relação capital-trabalho não cumpre nem mesmo a garantia das condições imediatas de sobrevivência do trabalhador e de sua família. O conceito de *superexploração do trabalho* de Ruy Mauro Marini (2011)¹⁷ é útil no entendimento das divisões internas da classe trabalhadora. A superexploração do trabalho se dá por três mecanismos: pela intensificação da jornada de trabalho, pelo prolongamento da jornada de trabalho e pela redução do consumo do trabalhador. O que interessa para o âmbito da reprodução social, porque:

a característica essencial está dada pelo fato de que são negadas ao trabalhador as condições necessárias para repor o desgaste de sua força de trabalho: nos dois primeiros casos, porque lhe é obrigado um dispêndio de força de trabalho superior ao que deveria proporcionar normalmente, provocando assim seu esgotamento prematuro; no último porque lhe é retirada inclusive a possibilidade consumo do estritamente indispensável para conservar sua força de trabalho em estado normal (p. 149-50).

A remuneração insuficiente para a reprodução social decorrente da superexploração do trabalho é facilitada nas situações de trabalho informal e não assalariado, trabalho rural e trabalho infantil; ou seja, em ocupações que exigem menor qualificação e nos grupos sociais mais desprotegidos.

Outro aspecto que não pode ser negligenciado é o trabalho doméstico, realizado no âmbito da vida familiar, dos quais depende a reprodução da classe trabalhadora. Inclui as tarefas relacionadas à limpeza da casa, da vestimenta, cuidados com as crianças, alimentação, entre outros. Este trabalho, quase que exclusivamente realizado por mulheres, é invisibilizado, inclusive na análise marxista da reprodução social.

A raiz deste trabalho feminino desvalorizado, para Frederici (2010), não é um resíduo de formações pré-capitalistas, mas se encontra na dissociação da unidade produção e reprodução, fruto do fim da economia de subsistência que se deu com o assalariamento das famílias:

¹⁷ Sua teoria da *Dialética da dependência* trata da função desempenhada pela América Latina na divisão internacional do trabalho. As trocas econômicas desiguais entre os países centrais e periféricos levam à diferentes padrões de exploração do trabalho. Às custas de um aumento da exploração do trabalhador, a produção latino-americana contribui com um aumento da capacidade produtiva do trabalho nos países centrais.

En el nuevo régimen monetário, solo la producción-para-el-mercado estaba definida como actividad creadora de valor, mientras que la reproducción del trabajador comenzó a considerarse algo sin valor desde el punto de vista económico, e incluso dejó de ser considerada um trabajo. El trabajo reproductivo se siguió pagando - aunque a valores inferiores - cuando era realizado para los amos o fuera del hogar. Pero la importancia económica de la reproducción de la mano de obra llevada a cabo en el hogar, y su función en la acumulación del capital, se hicieron invisibles, confundiéndose com una vocación natural y designándose como “trabajo de mujeres” (p. 123-4).

A desvalorização do trabalho reprodutivo levou, conseqüentemente à desvalorização do seu produto, que é a força de trabalho, afetando também os homens trabalhadores. O processo de degradação social sofrido pelas mulheres na transição do feudalismo para o capitalismo foi e continua sendo fundamental para a acumulação de capital pela classe dominante.

Além do trabalho doméstico, Friderici (2010) sublinha a importância da procriação - “directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista” através da acumulação de força de trabalho¹⁸, como no caso do exército industrial de reserva. O controle sobre a vida reprodutiva por meio do controle sobre o corpo feminino corrobora a afirmação de Marx (1975) que “na realidade, o trabalhador pertence ao capital antes de vender-se ao capitalista” (p. 671-2).

Atualmente, apesar da feminização do trabalho remunerado, o trabalho reprodutivo se mantém, majoritariamente, como uma responsabilidade das mulheres, influenciando sobre o *uso do tempo feminino* (apesar de um discreto aumento da participação masculina no trabalho doméstico). Como consequência da sobrecarga de trabalhos, produtivo e reprodutivo, as mulheres estão em desigualdade de condições para enfrentar o mercado de trabalho, inclusive porque “não recebem o trabalho doméstico e de cuidados necessário para isso” (Sucupira e Freitas, 2014, p. 110-1).

O trabalho produtivo e o trabalho reprodutivo, ao fim, têm como função a produção e reprodução, não apenas das mercadorias e da mais valia, mas do próprio antagonismo de classes:

O próprio trabalhador produz, por isso, constantemente, riqueza objetiva, mas sob a forma de capital, uma força que lhe é estranha, o domina e explora, e o capitalista produz também constantemente força de trabalho, mas sob a forma de uma fonte subjetiva de valor, separada dos objetos sem os quais não pode se realizar, abstrata, existente apenas na individualidade do trabalhador; em suma o capitalista produz o trabalhador sob forma de trabalhador assalariado. Essa reprodução constante, essa perpetuação do trabalhador é a condição necessária da produção capitalista (Marx, 1975, p 664).

¹⁸ Segundo a autora, as técnicas contraceptivas que eram difundidas e utilizadas pelas mulheres no período medieval, foram intensamente reprimidas entre os séculos XVI e XVIII, bem como as estratégias de vigilância contra as práticas abortivas, que incluíam a supressão das parteiras e a introdução do médico no atendimento ao parto. As violações às normas reprodutivas impostas eram associadas à bruxaria (p. 143-56).

3 A SAÚDE COMO CAMPO DE CONCEITOS E DE AÇÃO

3.1 INTEPRETAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE SAÚDE

Este capítulo abordará a interpretação do processo de saúde na sua relação com o modo de produção, a construção teórica da Saúde Coletiva acerca do objeto e as práticas de saúde hegemônicas no modo de produção capitalista.

No decorrer da história as diversas explicações sobre a origem das doenças - de natureza mágica, religiosa, empírica ou científica – influenciaram a escolha das ações para evitá-las ou combatê-las. O contexto histórico e as características socioeconômicas das sociedades estão na raiz das diferentes inferências causais sobre a saúde (Facchini, 1993).

A despeito da centralidade do trabalho na determinação da profunda desigualdade entre as classes sociais, característica da sociedade capitalista, a relação entre trabalho e saúde é uma questão sistematicamente negligenciada no campo teórico, no âmbito das políticas de saúde, na operacionalização das práticas em saúde e na formação dos trabalhadores da saúde.

Porém, há registros da constatação da interface entre condições de trabalho e condições de saúde, desde 1700, ano que Ramazzini escreveu o livro *De Morbis Artificum Diatriba* (Estuda das doenças dos operários/artífices). A obra relata detalhadamente as formas de trabalhar e as consequentes formas de adoecimento dos trabalhadores, em uma abordagem epidemiológica e preventiva (Facchini, 1993).

Após a revolução industrial, em 1844, Engels ofereceu um rico conjunto de informações sobre as condições de vida e saúde da classe trabalhadora em sua obra *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. A miséria atingia as famílias de desempregados, mas também de trabalhadores, refletida nas péssimas condições de alimentação, moradia e vestimenta (Engels, 2010).

Engels analisou a situação da classe operária a partir de dados obtidos pela observação da realidade e em registros de jornais e de relatórios públicos, como os feitos para a Comissão para a Lei dos Pobres, na Grã-Bretanha, no início dos anos 1840 (Waitzkin, 2000 – tradução livre). Um desses relatórios foi o produzido em 1842 por Chadwick, que investigou a mortalidade entre a classe operária na Grã-Bretanha, cuja magnitude mobilizou o parlamento inglês a encomendar o estudo (Facchini, 1993).

Neste estudo, o *Inquérito sobre a condição sanitária da população trabalhadora da Grã-Bretanha*, Chadwick relatou a articulação entre a ocorrência de doenças e mortes da classe operária com a privação econômica, a poluição ambiental, o abastecimento de água impura, a eliminação inadequada de excretas (Waitzkin, 2000, tradução livre).

A análise feita por Engels identificou que o vertiginoso crescimento urbano provocado pela revolução industrial era acompanhado pelo aumento da mortalidade, decorrente da fome e de outras “condições abreviadoras da vida, em especial das crianças” (Engels, 2010, p. 82). Na cidade de Leeds a mortalidade infantil chegou a duas crianças mortas para cada três nascidas vivas.

O território urbano era marcado pela segregação espacial e a classe dos proprietários era exclusiva nos bairros com maior estrutura urbana. Em Manchester, por exemplo, a região atingida por ventos que carregavam as fumaças das fábricas não era habitada pela classe burguesa: “que sejam os operários os únicos a respirá-las” (Engels, 2010, p. 101).

Engels enfatizou que os operários não deviam ser culpabilizados pela falta de higiene, pois não havia condições para tal; em Hulme, para cada 380 pessoas havia uma instalação sanitária. Como consequência, as epidemias eram recorrentes entre as famílias trabalhadoras. Em Manchester, nenhuma família escapou da epidemia de cólera nos meados da década de 1850. Engels denunciou que, diante de tais condições de trabalho e vida e da falta de meios de proteção social para a classe trabalhadora, o adoecimento era inevitável: “é claro que semelhante modo de vida só pode originar toda sorte de doenças” (Engels, 2010, p. 115).

Para Waitzkin (2000, p. 56), a posição teórica de Engels no livro *As condições da classe operária na Inglaterra* era inequívoca, “concentrando-se no profundo impacto da estrutura de classe, em si, e nas dificuldades de mudança enquanto persistirem os efeitos dessa estrutura de classes sociais” (tradução livre).

For working-class people the roots of illness and early death lay in the organization of economic production and in the social environment. British capitalism (...) forced working-class people to live and work under circumstances that inevitably caused sickness; this situation was not hidden but was well known to the capitalist class. The contradiction between profit and safety worsened health problems and stood in the way of necessary improvements (Waitzkin, 2000, p. 56).

A compreensão da raiz social dos problemas de saúde também foi feita por Virchow, na segunda metade do século XIX. Ele propôs a explicação para as origens do adoecimento e do sofrimento humanos a partir de múltiplos fatores, físicos e sociais, porém profundamente impactados pelos sociais (Waitzkin, 2000 - tradução livre). Para este autor

In investigating the origins of specific illness, Virchow consistently studied a variety of social, political, economic, geographic, climatic, and physiologic factors that interacted with one another in the causation of disease. He emphasized the concrete historical and material circumstances in which disease appeared, the contradictory social forces that impeded prevention, and researchers' role in advocating reform. In the analysis of multifactorial etiology, Virchow claimed that the most important causative factors were material conditions of people's everyday lives. This view implied that an effective health-care system could not limit itself to treating the pathophysiologic disturbances of individual patients (Waitzkin, 2000, p. 61).

Snow, que é considerado um dos principais precursores da epidemiologia, publicou em 1848 o estudo *Sobre os Modos de Transmissão da Cólera*. O autor demonstrou que a classe trabalhadora industrial apresentava maior mortalidade decorrente da doença, em comparação com os trabalhadores rurais. Também constatou a diminuição da expectativa de vida da classe trabalhadora, em contraste com o aumento da expectativa de vida na burguesia e pequena burguesia (Facchini, 1993).

A ocorrência e distribuição do adoecimento na coletividade estão inscritas socialmente num processo histórico. A disciplina do campo da saúde com potencialidade para apreender a totalidade do processo de saúde (que se desenvolve distintamente nas classes sociais) e de subsidiar o planejamento das políticas públicas é a epidemiologia. Numa noção mais genérica, pode-se dizer que a epidemiologia se dedica ao estudo da distribuição das doenças nas populações. Pelas possibilidades de conhecimento e de denúncia das desigualdades que apresenta, a epidemiologia é um campo de disputa de ideias (Breilh, 2014). Consequentemente, o método de investigação e a análise dos resultados ancoram-se nas concepções sobre a saúde e sobre a doença predominantes em cada período.

A defesa da compreensão da raiz social¹⁹ dos problemas de saúde na segunda metade do século XIX – feita por estudiosos como Virchow, Grotjahn e Farr – foi enfraquecida diante dos achados laboratoriais que comprovaram a existência de microorganismos patógenos. A teoria microbiana formulada por Pasteur prevaleceu e consolidou a hegemonia da teoria unicausal na epidemiologia e na medicina; Koch (1882) afirmava que “toda doença tem uma única causa e que toda causa determina uma única doença” (Facchini, 1993, p. 38, Waitzkin, 1980). A epidemiologia linear-causal (Breilh, 2013; Breilh, 2014) inaugurada pela teoria unicausal, se desdobrou em outras vertentes, mas é predominante até os dias atuais²⁰.

Após a Segunda Guerra Mundial, com a transição epidemiológica que marcou o fim da vigência das doenças transmissíveis, o modelo unicausal se tornou insuficiente. Concomitantemente, houve o desenvolvimento da estatística, com uso de recursos tecnológicos, que permitiu o estudo simultâneo de múltiplos dados, agrupados como fatores

¹⁹ A defesa da relação entre condições de vida e problemas de saúde encontrou apoio na teoria dos miasmas, que afirmava que a transmissão das doenças estava associada à exposição a gases provenientes de matéria orgânica em decomposição, como no caso de esgoto a céu aberto. A partir desta teoria, que teve origem no Império Romano, foram realizadas obras de planejamento do espaço urbano industrial, com redução de doenças transmissíveis e da mortalidade infantil (Sabroza, 2006).

²⁰ “apesar do domínio quase absoluto da unicausalidade, o modelo de determinação social da doença não desapareceu, ainda que fosse minoritário. Neste século [XX], durante a década de 20, por ocasião da grande crise capitalista, na Alemanha, Sigerist fundamenta o conceito de historicidade e variabilidade social da doença e discute questões como desemprego e saúde” (Facchini, 1993, p. 38)

de risco. O modelo multicausal consiste, assim, na análise aleatória dos dados para estabelecer causas diversas e o estabelecimento do risco como uma realidade probabilística.

Nesta corrente teve destaque a Teoria da História Natural da Doença, de Leavell e Clark - que anunciava a doença como resultado da relação entre hospedeiro, agente e meio - em uma abordagem fundamentalmente biológica. O Modelo Ecológico associou os diferentes momentos do desenvolvimento da doença com os diferentes níveis de atenção à saúde e por isso é largamente utilizado no planejamento de ações de saúde.

Várias foram as concepções desenvolvidas socialmente ao longo da história, para interpretar os processos humanos relacionados às condições de saúde-doença-morte, que podem ser interpretadas apenas como desenvolvimento linear do conhecimento humano, da ciência. No entanto, há outra perspectiva.

Para Marx (1975), a função da ciência consiste em revelar a essência que se esconde na aparência dos fenômenos. É necessário buscar os elementos essenciais da realidade ao abordar conceitos abstratos:

Parece que o correto é começar pelo real e o concreto, que são a pressuposição prévia e efetiva; assim, em Economia, por exemplo, começar-se-ia pela população, que é a base e o sujeito do ato social da produção como um todo. No entanto, graças a uma observação mais atenta, tomamos conhecimento de que isso é falso. A população é uma abstração, se desprezarmos, por exemplo, as classes que a compõem. Por seu lado, estas classes serão uma palavra vazia de sentido se ignorarmos os elementos em que repousam, por exemplo: o trabalho assalariado, o capital, etc. Estes supõem a troca, a divisão do trabalho, os preços, etc. O capital, por exemplo, sem o trabalho assalariado, sem o valor, sem o dinheiro, sem os preços, etc., não é nada. Assim, se começássemos pela população, teríamos uma visão caótica do todo, e através de uma determinação mais precisa, através de uma análise, chegaríamos a conceitos cada vez mais simples; do concreto idealizado passaríamos a abstrações cada vez mais tênues até atingirmos as determinações mais simples. Chegados a este ponto, teríamos que voltar a fazer a viagem de modo inverso, até dar de novo com a população, mas desta vez não com uma representação caótica de um todo, porém com uma rica totalidade de determinações e relações diversas (Marx, 1974, p. 122).

A aparência, como no caso da visão caótica da população, é um dado da realidade que não deve ser descartado (Carcanholo, 2013; Netto, 2011). Contudo, é apenas um dos dois aspectos da realidade; portando, um conhecimento parcial, que permite observar apenas a forma ou a superfície dos fenômenos. Partindo da aparência, é possível alcançar ou se aproximar da essência do objeto. A essência pode ser definida como a estrutura e a dinâmica do fenômeno (Netto, 2011).

Retomando a etiologia microbiana das doenças a partir dessa compreensão - a de que a aparência dos fenômenos sociais é, segundo Marx (1974), a camada externa de “uma rica totalidade de determinações e relações diversas” (p.122) - é verdadeiro que o bacilo de Koch cause a tuberculose. Porém, apenas o conhecimento do processo social envolvido no

desenvolvimento da doença permite a compreensão da heterogeneidade dos perfis de morbi-mortalidade da tuberculose, e consequentemente a formulação de respostas sociais para a prevenção efetiva do agravo.

Portanto, a etiologia microbiana das doenças transmissíveis ou as múltiplas variáveis envolvidas nos processos de adoecimento e morte não são falsas, mas a epidemiologia linear-causal reduz a realidade ao plano dos fenômenos (Breilh, 2014, p. 26). Neste paradigma, a realidade é vista fragmentada. Por isso, a multicausalidade, apesar de parecer um avanço em relação ao modelo unicausal, perde seu potencial de complexidade ao simplificar a relação causa e efeito, pelas causas mais imediatas, não superando a unicausalidade (Breilh, 2014, p. 49).

Na multicausalidade está implícita a premissa de livre-arbítrio individual, negligenciando o social, que permanece invisível (Breilh, 2014, p. 59). A omissão da vida social, também presente na tríade ecológica de Leavel e Clark²¹, permite a “culpabilização da vítima”. No exemplo da tuberculose, a abordagem multicausal considera o uso de álcool e de outras drogas, como o crack, como outro fator de risco para a manifestação da doença, mas não considera o contexto social do indivíduo adoecido pela tuberculose, ou só o toma como mais um fator, geralmente interpretado como dificultador para a “adesão” do sujeito ao tratamento. Muito menos são considerados os motivos pelos quais esse sujeito consome uma substância psicoativa.

As pessoas acometidas por doenças ou agravos têm a principal responsabilidade sobre a sua saúde, e o comportamento individual é considerado como fruto de uma escolha por um estilo de vida, escolha autônoma face à vida social. Assim, mesmo quando o objeto de estudo é a saúde do trabalhador, tomado na perspectiva do risco, o “ato inseguro” - mesmo sendo um termo vago que não remete às características da organização do processo de trabalho, ou mesmo do ramo de produção - é considerado como a causa principal na análise dos acidentes de trabalho.

[...] de um modo geral, na medicina do trabalho, as formulações unicasais, além de incriminarem as próprias “vítimas” pelos danos que sofrem, não incluem na estrutura da determinação a forma de organização do trabalho, que implica no uso de uma tecnologia específica e no estabelecimento de determinadas relações sociais entre trabalhadores e empresas (Facchini, 1993, p. 41).

Da mesma forma, apesar dos importantes conhecimentos produzidos pela epidemiologia tradicional, apenas a inclusão de variáveis socioeconômicas também não é

²¹ Apesar de Leavel e Clark, entre outros autores, considerarem que as Ciências Sociais podem contribuir com a epidemiologia, estes “reduzem o social ou o biologizam, na medida que o consideram uma dimensão a mais do indivíduo humano, sem estabelecer uma hierarquia entre os processos sociais e biológicos” (Facchini, 1993, p. 43).

capaz de se aproximar da essência do fenômeno saúde-doença, “por conta da homogeneização destas variáveis, ou melhor, da falta de hierarquização de seus modelos de determinação” (Facchini, 1993, p. 44). Facchini (1993) afirma ainda que “esta simplificação do processo de inferência causal recebe diferentes tratamentos para diferentes situações, caracterizando, muitas vezes, um retorno à unicausalidade” (p. 42).

Facchini (1993) atribui à concepção indeterminista defendida por Hume (1711-1776) e outros filósofos (ou à sua interpretação), que defende a impossibilidade de conhecimento das “causas primeiras”, as limitações da epidemiologia linear-causal.

Já no século XX, Popper afirmava o conhecimento como provisório, não verificável, e que seu acúmulo ocorre apenas por meio da falsificação, influenciando marcadamente a epidemiologia (Facchini, 1993). Há que se questionar, porém, se a influência filosófica assimilada pela epidemiologia tradicional também não está determinada pelo antagonismo de classes. Vale lembrar que Popper foi um dos articuladores do grupo que formulou as bases do neoliberalismo (Anderson, 2000).

3.2 A TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: APROXIMAÇÕES DO OBJETO E DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO NA AMÉRICA LATINA

Ao adotar fundamentos marxistas para compreender a essência do fenômeno saúde-doença e morte, autores do pensamento crítico em saúde buscam os elementos da produção-reprodução social (a essência) para explicarem a ocorrência e a distribuição das doenças e as taxas de morte nos diversos grupos sociais (a aparência do fenômeno).

A essência é que, sendo parte da natureza, o homem se transforma ao transformá-la, por meio do trabalho (Marx, 1975). Entretanto, neste “rico movimiento dialéctico que se dá entre lo natural-biológico y lo social” (Breilh, 2014, p.27), a transformação não é homogênea, difere a depender da inserção do indivíduo no âmbito da produção-reprodução social. É nessa dinâmica de produção e reprodução social que tem origem as manifestações de saúde no corpo dos sujeitos e no corpo social.

A adoção de uma perspectiva social para compreender o fenômeno dos processos de adoecimento teve expressividade na América Latina a partir do século XVIII (Breilh, 2014).

Uma vez que o contexto histórico e as características socioeconômicas das sociedades são parte tanto das explicações para a origem e a distribuição das doenças numa dada sociedade (Facchini, 1993), quanto da dominância de uma dada explicação, o

desenvolvimento da teoria da determinação social do processo de saúde na América Latina não é linear, e da mesma forma, sua visibilidade e influência nas instâncias de formação de trabalhadores de saúde, as universidades, e em instâncias de determinação de diretrizes das ações, as políticas estatais.

Embora a compreensão da determinação social da doença tenha suas raízes em autores do século XVIII, foi no século XX que alcançou maturidade na ancoragem teórica, na influência na constituição de políticas estatais e modelos de atenção à saúde, nos países da América Latina.

O pensamento crítico em saúde neste continente teve como principais fontes os autores do século XVIII que escreveram sobre ideias revolucionárias a respeito da determinação social da saúde, no contexto social da luta anticolonial. Um deles foi Eugenio Espejo, do Equador. Além desses, as obras de Engels e Virchow, que tratavam das condições de trabalho e saúde no século XIX, também foram referência para o desenvolvimento da teoria da determinação social da saúde (Breilh, 2014).

A influência deste marco conceitual no ensino universitário na América Latina teve início com um discípulo de Virchow, o médico alemão Max Westenhofer, que foi professor de Salvador Allende²². Allende foi autor da obra *La realidad Medico-social Chilena* e, quando foi eleito presidente do Chile, formulou um modelo sobre os problemas de saúde em países de economia periférica (Waitzkin, 2001).

Na Argentina da década de 1920, o médico Juan B. Justo, fundador do partido socialista e tradutor d'*O Capital* para o espanhol, foi um crítico do higienismo e defendeu a desigualdade de classes como determinante dos desfechos de saúde. O também médico argentino Ernesto Guevara, que percorreu os países latino-americanos observando as formas de vida da classe trabalhadora, mobilizou os profissionais de saúde para considerarem a origem social da doença e a necessidade de transformação social para a melhoria das condições de saúde, temas sobre os quais escreveu (Waitzkin, 2001).

No Equador, Pablo Arturo Suárez e Ricardo Paredes escreveram sobre o impacto das condições sociais e de trabalho nos problemas de saúde. O estudo de Paredes sobre doenças pulmonares e acidentes em trabalhadores da mineração equatorianos em uma multinacional dos Estados Unidos contribuiu com conquistas na legislação trabalhista e com a consciência

²² O movimento dos trabalhadores no Chile, fortalecido após as greves nacionais de 1918, marcou o início da medicina social chilena, que foi importante influência para Allende. Luis Emilio Recabarren, líder dos mineradores do salitre, denunciou e reivindicou políticas que combatessem a desnutrição, as doenças infecciosas e a mortalidade prematura presentes nas famílias trabalhadoras (Waitzkin, 2001).

sobre o impacto do imperialismo econômico no desgaste dos trabalhadores dos países de economia dependente (Waitzkin, 2001).

Waitzkin (2001) afirma que a revolução cubana (1959), a eleição de Salvador Allende (1970), ainda que seguida pelo golpe que instaurou a ditadura militar no Chile (1973), e a revolução sandinista na Nicarágua (1979) foram momentos que proporcionaram a operacionalização das ideias da medicina social, ainda que com contradições. O autor também cita que a teologia da libertação e a obra de Paulo Freire serviram como fonte de inspiração para os participantes do movimento do pensamento crítico em saúde.

Enquanto em outros países da América Latina o pensamento crítico em saúde teve suas raízes nos movimentos de luta anticolonial desde o século XVIII, no Brasil a produção em saúde fundamentava-se na ciência biomédica hegemônica, ancorada na escola funcionalista (Viana, Soares, Campos, 2013).

Na formação universitária, elementos da formação social eram integrados no ensino da inferência causal, nos moldes da multicausalidade do processo saúde-doença, ancorando-se nas ciências da conduta (antropologia, sociologia e psicologia social), que produziam explicação da sociedade fundamentando-se em normas e desvios das normas. Essa era a influência predominante no campo da saúde (Costa, 1992; Viana, Soares, Campos, 2013).

O pensamento crítico em saúde, no Brasil, assim como no México, desenvolveu-se mais tardiamente, entre 1968 e 1972, fruto de um esforço de incorporação na área da saúde de construtos da escola marxiana desenvolvidos pelas Ciências Sociais. Incorporar essa influência teórica significou disputar com as concepções de saúde dominantes, advindas do funcionalismo. O marxismo prevaleceu na explicação dos problemas e práticas sociais de saúde, “criando um campo científico próprio” (Stotz, 1997, p. 273-4).

Ao incorporar o materialismo histórico, abordagem metodológica para o estudo da vida social e de seus fenômenos (Netto, 2011), o campo da Saúde Coletiva propôs a “interpretação crítica dos macroprocessos da modernização em seus impactos socialmente diferenciados na saúde das populações” (Stotz, 1997, p. 275).

O arcabouço teórico-metodológico marxista fundamentou estudos que identificaram os impactos da industrialização nos diferentes grupos sociais; os benefícios da modernização, inacessíveis a grande parte da população; a intensificação do desgaste da força de trabalho; estudos epidemiológicos sobre a distribuição socialmente desigual de “doenças de atraso” e “doenças da modernidade” (Stotz, 1997), entre tantos outros que denunciavam as características das relações de produção no capitalismo na origem dos processos de adoecimento e da distribuição das doenças nos diversos grupos sociais.

Assim, o campo da Saúde Coletiva, campo de saberes e práticas, constituiu-se propondo a crítica e a superação do campo da Saúde Pública, este constituído sob a égide dos conhecimentos hegemônicos e das práticas deles decorrentes, voltadas à população, tomada como um conjunto homogêneo de indivíduos, a população pobre (Viana, Soares, Campos, 2013).

A constituição conceitual do campo da Saúde Coletiva no Brasil deu-se a partir da produção teórica de professores de faculdades de medicina brasileiras, com posicionamento político contra-hegemônico, que atuavam em departamentos de medicina preventiva, em meados da década de 1950 (Costa, 1992).

A intensificação do desenvolvimento conceitual crítico da saúde foi comum a várias sociedades latino-americanas na década de 1970 (Costa, 1992). O nascimento da Saúde Coletiva ocorreu no contexto de reação às contradições trazidas pelo capitalismo na América Latina, nas décadas de 1960 e 1970, período marcado pelo aumento da expressão dos movimentos sociais, como resposta ao impacto social advindo da crise política e econômica, guardadas as singularidades de cada país (Costa, 1992; Laurell, 1983).

Embora partindo de arcabouço teórico metodológico de mesma raiz, o desenvolvimento do campo Saúde Coletiva no continente latino americano foi coerente às particularidades dos países do continente (Costa, 1992).

No Brasil, foi desenvolvido o campo teórico e houve a articulação de áreas do conhecimento que em outros países permaneceram seguindo isoladamente (medicina preventiva, medicina social, saúde pública, ciências sociais em saúde). Outra característica do campo no Brasil foram os desdobramentos não apenas acadêmicos, mas também na formulação da política pública de saúde (Costa, 1992).

Enquanto no Brasil o campo foi nomeado de Saúde Coletiva, nos outros países latino-americanos permaneceu a denominação de Medicina Social (Stotz, 1997, p. 274).

No entanto, argumenta Stotz (1997)

Do ponto de vista histórico, entretanto, Medicina Social e Saúde Coletiva representam esforços científicos para tornar inteligíveis os problemas de saúde vinculados ao processo de modernização pelo qual passávamos na América Latina nos anos 60 e 70. Ou seja, à industrialização capitalista “periférica”, com a expansão do trabalho assalariado, do mercado interno e do papel do Estado em impulsionar tal processo, institucionalizando os conflitos sociais gerados – aí incluído o reconhecimento de alguns direitos sociais. Também entre nós, a regulação social se realizou principalmente através do Estado, ainda que não pudéssemos afirmar que se tratasse de um Estado de Bem-estar Social nos moldes europeus (Stotz, 1997, p. 275).

Foi nessa década de 70, precisamente em 1972, que a cidade de Cuenca, no Equador, sediou a reunião organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que foi

considerada por Costa (1992) e Nunes (1994) como marco histórico para a Saúde Coletiva, por ter sido um espaço de denúncia da limitação da abordagem teórica funcionalista e de proposição de uma perspectiva crítica, a do marco teórico-metodológico desenvolvido por autores alinhados com o pensamento crítico da saúde.

Esta era uma proposição que encaminhava o uso de categorias marxistas, numa interpretação predominantemente estruturalista da obra marxista (Costa, 1992), ao mesmo tempo que defendia também a saúde universal, de responsabilidade do Estado (Nunes, 1994).

Defendia também a necessidade do investimento na formação de investigadores nas instituições de ensino e pesquisa, como condição para a produção de conhecimentos orientada pelo rigor teórico-metodológico, centrada no estudo das relações entre o capitalismo brasileiro e o setor saúde (Costa, 1992).

O acúmulo de experiências e o exercício crítico e político estão nas bases dessa ideia que vai se fortalecendo na medida que em que encontra nas práticas teóricas o solo que a fundamenta. Assim, vejo a Saúde Coletiva como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica (Nunes, 1994, p.16).

Paim e Almeida-Filho (1998) definem a Saúde Coletiva como campo interdisciplinar e não como uma disciplina científica ou especialidade médica e reconhecem que as disciplinas básicas do campo são a epidemiologia, o planejamento/administração e as ciências sociais em saúde. Com essa compreensão, afirmam que

(...) a Saúde Coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação, e se organiza para enfrentá-los (Paim, Almeida-Filho, 1998, p. 309).

Foi nesse contexto histórico-social da sociedade latino americana que o campo da Saúde Coletiva definiu a teoria da determinação social do processo de saúde.

Na perspectiva da determinação social do processo de saúde, as doenças são a expressão da desigualdade gerada pela propriedade dos meios de produção, “como fenômeno biológico, as causas das doenças são procuradas no reino da natureza; mas no homem a doença possui ainda uma outra dimensão: a social” (Facchini, 1993, p. 40).

Neste sentido, transcendendo uma noção mecânica entre causa e efeito, entende-se a determinação como “momento essencial constitutivo do objeto” (Dussel, 1985, p. 32). A investigação da determinação do processo saúde-doença é então a busca da estrutura e da dinâmica – da essência – do objeto. O entendimento do fenômeno saúde-doença como processo socialmente determinado, não é uma simplificação de caráter determinista, “o princípio da determinação deve ser pensado de forma a incorporar o movimento da vida

social, suas contradições, seus espaços de liberdade, de luta e de vontade coletiva e individual, e de múltiplas mediações” (Viana, Soares, Campos, 2013, p. 121).

A teoria da determinação social do processo de saúde postula que a mudança nos perfis de morbi-mortalidade não se encontra na biologia ou na prática médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos (Laurell, 1983).

A fundamentação do caráter sócio-histórico do processo saúde-doença só pode se dar no estudo da coletividade, através da análise de “perfis patológicos” de diferentes períodos históricos de uma mesma sociedade e através de “perfis patológicos” de diferentes grupos sociais. O caráter social da doença também pode ser observado pela análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades, no mesmo momento histórico. Laurell (1983) enfatiza que o processo saúde-doença “tem um caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado” (p. 156). Um dos principais indicadores de saúde, como a expectativa de vida, não está definido a priori, mas tem seus padrões estabelecidos de acordo com o momento histórico. Assim, os próprios parâmetros de análise da situação de saúde são definidos historicamente.

Para se aproximar da determinação do objeto, o materialismo histórico busca conhecer as suas categorias constituintes, de forma que seja possível que o plano do pensamento reproduza o plano do real, do concreto. As categorias, segundo Marx (1974) “exprimem (...) formas de modos de ser, determinações de existência, frequentemente aspectos isolados desta sociedade determinada” (p. 126).

Para Breilh (1994), a categoria analítica que serve como ponto de partida para captar o objeto da “saúde-doença coletiva” é a reprodução social, por permitir analisar “o movimento da vida social em um espaço histórico-natural concreto e permite formular o sistema de contradições que determinam este movimento” (p. 160). Laurell (1991) afirma que por conter o momento produtivo e o momento do consumo, a reprodução social “tiene un valor explicativo mayor respecto al proceso salud-enfermedad” (p. 255).

Como já afirmado no capítulo anterior, a reprodução social se dá em duas dimensões interdependentes, a individual, pela qual os indivíduos buscam se inserir no mercado de trabalho e/ou nas políticas estatais na busca pela sobrevivência individual e familiar e a social total, ou ampliada, na qual a acumulação de capital pela classe dos proprietários dos meios de produção e na qual o Estado assume papel fundamental, “tanto do ponto de vista jurídico e coercitivo, como do ponto de vista ideológico e persuasivo” (Stotz, 2016, p. 69).

O detalhamento dos perfis de reprodução social é condição para a compreensão e exposição do objeto da Saúde Coletiva. O reconhecimento destes diferentes padrões de

reprodução social revela uma chave para estruturar a compreensão do processo saúde-doença. O campo da Saúde Coletiva, originalmente ancorado na perspectiva marxista, desenvolveu a teoria da determinação social do processo de saúde, que busca explicar as diferentes formas de adoecer e morrer na sociedade (Viana, Soares, Campos, 2013).

O trabalho, que ocorre de formas e condições diversas no interior da classe trabalhadora, está na raiz dos desfechos coletivos de morbi-mortalidade, pois necessariamente, requer o consumo da energia e o desgaste físico e mental do trabalhador:

En este proceso productivo, el hombre reproduce su corporeidad orgánica, su subjetividad, al mismo tiempo que produce su objetividad, la sociedad política y civil, esto es su corporeidad objetiva. En el momento productivo, el hombre produce productos a través de su trabajo que adquieren una realidad objetiva, pero concomitantemente, en este mismo momento, ocurre un consumo de su ser (...). En otras palabras, el producto se lleva su fuerza de trabajo, parte de la energía de su productor (Gandra, 1991, p. 45).

Por outro lado, é possível, que no momento do consumo se reponha a energia dispendida na produção, e nele ocorre a reprodução da individualidade, a realização da procriação e dos processos familiares (Gandra, 1991). Porém, as possibilidades de reposição da energia dispendida na produção e as condições de vida da família do trabalhador também são proporcionadas pela inserção de classe do indivíduo. Por isso, há uma relação hierárquica entre formas de trabalhar e formas de viver, sendo as segundas subordinadas às primeiras.

Breilh (2013) afirma que a sociedade capitalista é “estruturalmente patógena” e configura um “sistema social inviable e incompatible com la vida y la salud” (p. 55). O autor afirma que a determinação social da saúde-doença envolve processos protetores e processos destrutivos que atuam em três dimensões distintas na constituição do perfil epidemiológico. Na dimensão geral está a sociedade, na dimensão particular estão os grupos sociais e os modos de vida e a dimensão singular é a individual. Os resultados destes processos se expressam no corpo bio-psíquico; os processos protetores provocam uma resposta fisiológica de bem-estar e decisão e os processos destrutivos provocam resposta fisiopatológica de mal-estar e fracasso.

Laurell (1991) utiliza o conceito de estereótipos de adaptação de Tambellini e introduz o conceito de carga laboral para estabelecer o nexos bio-psíquico. A adaptação diz respeito à “plasticidade” corporal na resposta frente às suas condições de desenvolvimento, que leva a mudanças específicas nos processos corporais. Como as condições são diferentes nas diferentes classes sociais, os estereótipos de adaptação também apresentam características distintas de acordo com o grupo social.

O conceito de carga laboral busca destacar os elementos do processo laboral que atuam dinamicamente com o corpo do trabalhador e se traduzem em desgaste. O desgaste é um processo reversível, definido por Laurell (1991) como:

la pérdida de la capacidad, potencial y/o efectiva, corporal y psíquica. O sea, no se refiere a algún proceso particular aislado sino al conjunto de los procesos bio-psíquicos. Resulta importante referirlo tanto a la capacidad efectiva como potencial, ya que en cuanto estos procesos no son estáticos sino cambiantes no tiene sentido fijar una condición ideal óptima y definir el desgaste como la desviación de ésta. Tan es desgaste, pues, la destrucción lenta o abrupta de órganos, como la imposibilidad de desarrollar una potencialidad psíquica o biológica (p. 260).

Apesar de o desgaste ocorrer no processo laboral, isto é, no trabalho concreto, seus elementos só podem ser analisados à luz do processo de valorização, que ocorre por meio do trabalho abstrato (Laurell, 1991).

Queiróz e Salum (1996), partindo de Breilh e Laurell, formularam uma síntese da determinação social do processo saúde-doença a partir de potenciais de desgastes e de fortalecimentos. As condições de trabalho e de vida proporcionam simultaneamente, desgastes e fortalecimentos.

Os perfis saúde-doença expressam os resultados da interação entre os potenciais de desgaste e fortalecimento, advindos do momento da produção e do momento do consumo, que é determinado pelo primeiro. Os perfis de saúde-doença podem ser investigados, por exemplo, pelos índices de morbi-mortalidade e devem permitir identificar os agravos e doenças mais prevalentes em cada classe ou grupo social.

No processo de determinação social da saúde a dimensão biológica assume o papel de mediação. A genética (biologia pretérita-normas de reação) e a fisiologia (biologia presente-fenotípica) “operam como mediadores que especificam o efeito da história nos organismos, na corporeidade, participando desse modo na determinação” (Breilh, 1994, p. 162).

Segundo Netto (2011), os sistemas de mediações articulam as totalidades nos diferentes níveis de complexidade, e a própria estrutura interna de cada totalidade. No caso da determinação social da saúde, a articulação entre a dimensão social e biológica, através das mediações, assume um caráter específico, conforme Breilh (1994):

O movimento geral determina os limites do biológico, mas o biológico também participa na determinação, na especificação do movimento. O social, as leis da reprodução social determinam as condições dentro das quais se dá o movimento biológico subsumido. Porém, também as condições naturais do meio e da biologia humana participam na determinação da saúde-doença, seja através da experiência biológica acumulada que define as normas de reação do genótipo dos indivíduos, seja através dos processos fisiológicos que são possíveis em um fenótipo em circunstâncias históricas específicas (configuração ergonômica, configuração imune, estado nutricional e metabólico-endócrino, capacidade de reposição, etc). A mediação, portanto, define um espaço com uma legalidade própria, um espaço de especificação e de relação entre

processos de dimensões superiores, a forma em que o geral se presente no particular e os níveis de articulação dos processos reais (p. 162-3).

Os perfis epidemiológicos, para a Saúde Coletiva, são constituídos, portanto, por desgastes e fortalecimentos provenientes de condições de trabalho e vida, nos quais as mediações assumem uma função de especificação biológica, presente ou pretérita, que se manifesta em perfis de saúde-doença (Queiroz, Salum, 1996). O monitoramento dos perfis de saúde-doença pode evidenciar os resultados dos potenciais de fortalecimento, como políticas de proteção à saúde do trabalhador, assim como os relacionados ao desgaste.

Os perfis epidemiológicos são o objeto específico da Saúde Coletiva (Queiroz e Salum, 1996) e é a partir do conhecimento os perfis epidemiológicos que as ações e práticas devem ser planejadas e desenvolvidas. As formas para a captação da complexa realidade que determina o fenômeno saúde-doença têm sido desenvolvidas metodologicamente pela epidemiologia crítica.

Segundo Gandra (1991), a epidemiologia tradicional limita a investigação à manifestação fenomênica do processo saúde-doença, elegendo como questões principais, as noções de “tempo”, “espaço” e “pessoa”. A epidemiologia crítica, ao incorporar os instrumentos construídos pela epidemiologia tradicional, busca ampliar estas noções para os conceitos de “história”, espaço geo-social e “classe social”.

Ao romper com a história natural da doença e considerar a história social da doença, é possível caminhar para o verdadeiro significado de prevenção - a transformação das condições que geram as doenças e agravos. E assim superar a perspectiva de vigilância das doenças, “porque cuando solamente se intenta describirlas em su comportamiento fenomênico entonces éstas pueden ser tan sólo controladas” (Gandra, 1991, p. 48).

Obviamente, o aprimoramento do instrumental de análise, como da matemática e estatística, advindos da epidemiologia tradicional, contribuíram para a melhoria do rigor metodológico nos trabalhos epidemiológicos (Facchini, 1993) e devem ser incorporados nas investigações que têm como referência a epidemiologia crítica. A escolha do referencial teórico é fundamental para que a discussão dos dados não se limite à aparência dos fenômenos.

Breilh (1994) afirma que a abordagem materialista histórica tem a potencialidade de superar a dicotomia entre o “social” e o “biológico”, bem como a falsa oposição entre o “geral” e o “individual”, entendendo que o social é mais do que a soma dos indivíduos.

No Brasil, por exemplo, a mortalidade infantil (coeficiente reconhecido internacionalmente) está em queda. Em 2014, houve uma média de 15,02 mortes para cada mil crianças nascidas vivas até um ano - em 2013 a média foi de 14,40 (IBGE, 2017). O

município de São Paulo apresenta um coeficiente de 11,1/1000, abaixo da média nacional. No entanto, dentro do município de São Paulo, no distrito de Perus (na periferia da cidade), ocorreu uma média de 15,6 mortes em cada mil nascidos vivos, acima da média nacional, ao passo que o coeficiente no distrito de Pinheiros (na região central da cidade) foi de 3,9/1000 (CEINFO, 2015), muito abaixo da média nacional. É possível observar que as médias epidemiológicas podem esconder desigualdades e por isso a necessidade de que análise dos dados, além de refinar a base territorial, tenha um referencial teórico capaz de expor as contradições que expliquem a origem da desigualdade.

Stotz (2016), ao propor a discussão sobre as necessidades de saúde e como estas são identificadas pela perspectiva liberal de capacidade individual de preservação da saúde, sintetizou o processo de determinação social da saúde sob a égide da acumulação capitalista:

O “estado de saúde”, as possibilidades e dificuldades de exercer rotineiramente as atividades vitais, bem como a satisfação de carências físicas, emocionais e espirituais, variam de acordo com a posição social de grupos de indivíduos face aos meios de produção e de vida, ou seja, se eles têm ou não a propriedade desses meios. Pois a propriedade (ou não propriedade) dos meios de produção e de vida separa a sociedade em dois grandes grupos ou classes sociais, recurso de poder que permite à classe proprietária sujeitar a dos não proprietários, de modo a se apropriar da riqueza produzida por estes últimos. A desigualdade social no processo de adoecer e de morrer constitui a expressão desta divisão social (p. 69).

A Saúde Coletiva, porém, carece ainda de desenvolvimento teórico. A teoria da determinação social do processo saúde-doença demanda mais estudos para aprofundamento. No Brasil, a leitura estruturalista de Althusser pode ter limitado a perspectiva dinâmica do estudo da estrutura, da essência do objeto (Stotz, 1997).

Apesar da incompletude do campo, Barbosa (2010), Stotz (1997), e Lacaz (2001) reafirmam o materialismo histórico como referencial para a investigação em Saúde Coletiva, frente ao momento histórico contemporâneo: “nos termos de uma teoria social crítica, a compreensão dessas tendências globalizadoras do capital transnacional e a contestação das formulações elaboradas pelas agências técnico-políticas mundiais, requerem que se resgate a noção de totalidade” (Stotz, 1997, p. 282).

3.3 A SAÚDE COMO CAMPO DE AÇÃO: A SAÚDE PÚBLICA, A CLÍNICA E A SAÚDE COLETIVA

Compreende-se prática social em saúde como trabalho, um processo de transformação intencional, uma sequência de operações sistematicamente reguladas por uma finalidade, realizadas por seres humanos, sobre o objeto de trabalho, empregando instrumentos de trabalho de maneira a transformar o objeto de trabalho em produtos, concretizando o processo

de produção em saúde, com a finalidade de responder necessidades. Portanto, o trabalho em saúde está submetido às mesmas injunções do processo de produção mais geral da sociedade capitalista (Mendes Gonçalves, 1992).

Nos processos de trabalho em saúde, são as concepções do processo saúde-doença que “recortam” o objeto da realidade social. Já os instrumentos para a transformação desse objeto são definidos coerentemente ao objeto a ser transformado e à finalidade que guia todo o processo (Mendes Gonçalves, 1992)

Com esta compreensão, a finalidade do processo de produção em saúde implementado pelo campo da saúde pública esteve desde as suas origens alinhada às exigências do desenvolvimento da acumulação capitalista. Numa primeira etapa, quando a necessidade social primordial era garantir a troca comercial entre os países (Sabroza, 2006), a finalidade dos processos de trabalho em saúde era o controle dos surtos e epidemias na população, compreendida e abordada como um conjunto homogêneo de indivíduos, o objeto do trabalho em saúde era a doença transmissível e o ambiente, e os instrumentos para aprimorar os objetos do processo eram as práticas. Os instrumentos utilizados eram práticas normativas de saneamento ambiental urbano e de educação em saúde, com o objetivo de fazer o controle social das condições de reprodução social dos grupos sociais.

No contexto do desenvolvimento da acumulação capitalista na era do desenvolvimento da produção fabril e da constituição da classe trabalhadora, as diferentes condições de classe resultavam em diferentes condições de saúde e a produção era comprometida pelo adoecimento dos trabalhadores. Agregou-se, portanto, à necessidade do controle das epidemias, a necessidade social de recuperar os corpos doentes dos trabalhadores (Campos, Bataiero, 2007).

Portanto, mantendo coerência com a finalidade do processo de produção em saúde da Saúde Pública, a reprodução do capital, a finalidade dos processos de trabalho em saúde era, além do controle das epidemias, manter corpos saudáveis para o trabalho.

No âmbito da saúde individual, havia uma ênfase e supervalorização da prática clínica, coerente ao alinhamento do campo com a lógica de reprodução do capital.

[...] parte da produção teórica marxista latino-americana identifica essas intervenções sanitárias centradas nos pobres na sua articulação ao processo de medicalização durante a emergência e o desenvolvimento do capitalismo (Paim, 2012, p.344).

Portanto, o objeto do processo de trabalho era o corpo do trabalhador, ou melhor, as partes ou sistemas não funcionantes desse corpo. A clínica serviu hegemonicamente como instrumento para recuperar os corpos dos trabalhadores (Mendes Gonçalves, 1992).

Com todo o desgaste produzido aos trabalhadores pelas relações sociais de produção, outra necessidade social era manter o consenso acerca das potencialidades do capitalismo e manter estáveis as relações sociais, necessidade parcialmente respondida pela ampliação dos direitos, a começar pelo direito ao consumo e pelo princípio da igualdade, de caráter falacioso que carecia de reforço (Mendes Gonçalves, 1992).

Assim, o processo de produção em saúde foi concretizado em processos de trabalho, no âmbito da Saúde Pública e no individual, concebidos a partir do princípio político-ideológico da igualdade. Desta forma, todos os processos de trabalho em saúde instaurados para atender as necessidades sociais em saúde tomaram o princípio da igualdade como característica fundante dos objetos de suas práticas, não considerando a sua dimensão “imediatamente social”, perpetrando o ofuscamento dos determinantes das desigualdades sociais e sua naturalização (Mendes Gonçalves, 1992, p.39).

Essas são características ainda bastante presentes nas finalidades dos processos de trabalho em saúde, uma vez que a finalidade do processo de produção em saúde continua alinhada ao regime de acumulação capitalista.

Os “anos dourados do capitalismo” sofreram abalo com a crise capitalista nos anos 1970, que deu munição e germinou o processo de ataque aos direitos sociais que haviam sido incorporados aos Estados de Bem-estar Social (Stotz, Araujo, 2004).

O Estado foi diminuindo sua dimensão pública “pela mercantilização de suas políticas” (Sader, 2003, p.139). A internacionalização da economia e a desregulamentação estatal tem definido programas econômicos identificados com os objetivos liberais do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial e da Organização do Comércio, organismos que definem também os limites para os investimentos sociais nacionais (Sader, 2003).

O pressuposto fundamental é o de que o mercado funciona adequadamente como forma de regulação da sociedade, distribuindo lucros e salários, desde que o estado assuma as suas funções públicas de garantir a segurança, controlar a política monetária e assistir aos desvalidos. O componente adicional da mão visível do Estado à ação invisível do mercado capitalista confere a esta teorização o nome de neoliberalismo (Sader, 2003, p.139).

Esse processo não teve êxito no âmbito econômico e aprofundou marcadamente as desigualdades sociais, mas teve grande êxito no convencimento ideológico. “Provavelmente nenhuma sabedoria convencional conseguiu um predomínio tão abrangente desde o início do século como o neoliberal hoje” (Anderson, 2000, p. 23).

O regime de acumulação capitalista exigiu uma nova organização do Estado, que para isso diminuiu a sua dimensão pública e para responderem às necessidades e demandas da

população, estabeleceram, como sinalizaram Stotz, Araujo (2004), “alianças de interesses entre o ‘mundo dos negócios’ e a ‘política’” (p. 7).

Nesse contexto de reformas econômicas foi deflagrada uma “crise da saúde pública” e em nome do seu enfrentamento, várias propostas foram elaboradas pelas agências internacionais. Na interpretação de Paim e Almeida Filho (1998), todas as propostas sinalizavam com a necessidade de que o campo da Saúde Pública incorporasse novos paradigmas.

A OMS incorporou concepções advindas do relatório Lalonde, que concebem os estilos de vida saudáveis (Lalonde, 1974) e da Conferência de Ottawa, em 1986, que difundiu a “promoção da saúde”, atribuindo à população a responsabilização pela melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo incorporada pela OMS (OMS, 2002),

A partir de documentos da OMS, Paim e Almeida Filho (1998) identificaram as proposições. A Organização Panamericana da Saúde organizou debates com o objetivo de reavaliar teorias e práticas do campo da Saúde Pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs “as bases de uma Nova Saúde Pública, organizando um conjunto de seminários e reuniões sobre formação avançada, liderança institucional, teoria e prática em saúde pública” (Paim e Almeida Filho, 1998, p.306).

No entanto, com a crise estrutural do capitalismo, a pauperização da população, o desemprego, a piora das condições de saúde da população e dos índices e mortalidade eram inevitáveis e incoercíveis.

Retomando a compreensão de que o processo de produção em saúde está submetido às mesmas injunções do processo de produção mais geral da sociedade capitalista (Mendes Gonçalves, 1992), pode-se inferir que a finalidade dos processos de produção em saúde nesse rearranjo do regime de acumulação na era do neoliberalismo adequou as finalidades dos processos de trabalho em saúde, alinhando-as às concepções da Nova Saúde Pública, qual seja, diminuir custos com a saúde.

Portanto, a finalidade dos processos de trabalho passou a ser o controle de doenças e de fenômenos característicos de etapas do ciclo vital (como gestação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, entre outros), priorizados pelo que Misoczky (1995) chamou de pacote mínimo essencial recomendado pelo Banco Mundial, com a lógica de racionalização de custos, e melhorar a “qualidade de vida” da população focalizada pelos serviços públicos de saúde.

O objeto relacionado à essa finalidade são os sistemas acometidos (circulatório, no caso da hipertensão; reprodutor feminino, no caso dos controles para evitar câncer), da população pobre, doente ou com risco de adoecer.

Para aprimorar estes objetos do processo de trabalho em saúde, os instrumentos utilizados pelos trabalhadores de saúde são aqueles adquiridos da indústria farmacêutica e de equipamentos, além de práticas de controle, como grupos educativos voltados ao convencimento da responsabilização por mudanças de hábitos e comportamentos, visitas domiciliares.

As práticas de saúde possibilitam o controle de consequências que podem causar custos com internação hospitalar, além de retirar os indivíduos do trabalho. Outra finalidade incorporada pelos processos de trabalho em saúde é amenizar as tensões sociais, num contexto de desemprego estrutural e de desmobilização da luta de classes.

O objeto coerente à essa finalidade é a consciência e o conhecimento da população e os instrumentos do processo de trabalho em saúde são as instâncias de participação institucionalizadas.

A partir da vertente contra hegemônica que embasou o campo da Saúde Coletiva, a finalidade dos processos de trabalho em saúde é o aprimoramento dos perfis epidemiológicos de saúde e o objeto do trabalho em saúde são os elementos que os compõem.

Portanto, os instrumentos do processo de trabalho em saúde, no campo da Saúde Coletiva, são aqueles que têm potência para aprimorar as diversas faces do objeto da Saúde Coletiva, os elementos que compõem os perfis epidemiológicos, a começar pelos conhecimentos que instrumentalizam o processo de trabalho em saúde. Para Salum, Queiroz (1996)

Não se nega o saber e a tecnologia do modelo clínico, mas se reconhece a sua insuficiência no trato das questões coletivas, do mesmo modo que se reconhece a insuficiência do saber epidemiológico para dar conta das questões individuais. Essa insuficiência pode ser superada na medida em que saber e tecnologia do modelo clínico se re-situem, numa relação de complementaridade, ao saber e tecnologia do modelo epidemiológico, e vice-versa (Salum, Queiroz, 1996, p. 307).

Assim, advoga-se a utilização das teorias da determinação social da saúde, da epidemiologia crítica, do processo de trabalho, além dos conhecimentos da clínica, para dominar o objeto em sua amplitude e recorrer a instrumentos do processo de trabalho identificados com práticas emancipatórias, novas práticas que acirrem as contradições inerentes à dinâmica de reprodução social capitalista.

Bekemeier (2008) definiu práticas emancipatórias como aquelas que promovem a superação dos modelos tradicionais de cuidado em saúde; que possibilitam refletir e

identificar que a determinação do processo saúde está na estrutura da sociedade de classes; resgatem o sujeito na condição sua condição social, em contraposição à naturalização do sujeito como ser biológico e instrumentalizam os sujeitos dos grupos sociais a acessar direitos e a lutar por eles (Campos, 2013).

Essas práticas podem ser grupos educativos ancorados na concepção de educação emancipatória (Almeida, Trapé, Soares, 2013), visitas domiciliares emancipatórias (Campos et al., 2014) ou oficinas com trabalhadores (Cordeiro et al., 2014). São emancipatórias tanto para o trabalhador da saúde quanto para os sujeitos que participam, na medida em que a finalidade do trabalho é intencionalizada, e não reproduzida para operacionalizar processos de trabalho em resposta a necessidades do processo de produção, bem como por permitirem que os sujeitos envolvidos nas práticas se apropriem dos processos de fortalecimento e de desgaste a que estão submetidos.

Aos trabalhadores, essa apropriação permitirá a percepção da limitação do instrumental da clínica para transformar a realidade de saúde e dará elementos para a proposição de novas práticas e novas políticas, que constituam formas de regularização diferentes das hegemônicas, das que mantêm o *status quo*.

Aos sujeitos do território permitirá a instrumentalização para se desculpabilizarem pelas condições de vida e de saúde e, a partir da apreensão das contradições de classe, se organizarem como forma de colocar em conflito as formas de regularização da classe dominante, também para viabilizar outras formas de regularização que respondam a necessidades, mais do que interesses.

4 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Analisar o discurso da CSDH.

Objetivos específicos:

- Identificar e analisar os conceitos utilizados pela Comissão.
- Identificar e analisar as diretrizes de ação propostas pela Comissão.
- Comparar os conceitos de determinação social e determinantes sociais

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa coerentemente com as características do objeto, de natureza histórica e social e com os objetivos do estudo, associados à análise da essência dos fenômenos.

O estudo foi ancorado no referencial marxista, que tem como objetivo tornar explícitas as conexões entre a particularidade do fenômeno e a totalidade social, por meio da dialética, “analisando como o movimento se processa, (...) direciona a busca de técnicas e instrumentos para expor o mais plenamente possível os objetos recortados da realidade” (Soares, Campos, Yonekura, 2013, p.1404). A intencionalidade, portanto, é que ocorra “a passagem da experiência fenomênica à compreensão da essência” (Gamboa, 2000, p.102).

Fonte de dados do estudo

Os dados foram obtidos de fonte secundária, documentos da CSDH.

Após seleção e leitura de publicações oficiais da CSDH, foi selecionado para análise o documento *A conceptual framework for action on the social determinants of health* (Solar, Irwin, 2010).

A escolha foi feita porque esse é o documento que contém os fundamentos teóricos que embasaram a elaboração dos DsSS, bem como apresenta as diretrizes das ações políticas propostas pela Comissão.

Apesar de se constituir como um documento da CSDH, Orielle Solar e Alec Irwin assinam a autoria do documento. Embora tenha sido publicado 2010, segundo as informações catalográficas, o documento teve uma primeira versão em 2005 e sua versão final foi apresentada à em 2007. Em 2008 ocorre a publicação, do documento *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Neste documento, referido como Relatório Final, consta um conjunto mais diversificado de ações do que o proposto no documento conceitual de 2010.

Ainda que as ações relacionadas no Relatório Final de 2008 sejam mais diversificadas, a CSDH optou por publicar em 2010 o documento conceitual, assumindo que permanecem atuais as diretrizes das ações propostas neste documento.

Neste estudo a opção pelo documento de 2010 deveu-se ao fato deste apresentar a fundamentação teórica da Comissão, em sua densidade, aprofundando a conceituação e as justificativas de suas opções teóricas, além de apresentar as diretrizes das ações. O conteúdo

deste documento, portanto, favorece a apreensão da essência das concepções políticas da Comissão.

Análise de dados

Para analisar o objeto da pesquisa, o discurso da CSDH, este estudo realizou análise documental, recorrendo ao método da análise de discurso, para identificar a essência do relatório elaborado pela Comissão, a expressão de concepções, valores, ideologias.

A escolha pela análise de discurso deveu-se à possibilidade que essa análise oferece de estabelecer relações entre descrição (da aparência, o texto do relatório) e interpretação (essência, intencionalidade da Comissão).

Toda descrição, para Pechêux (2006, p. 53), que pode ser de objetos, de acontecimentos ou textual é “susceptível de tornar-se (...) diferente de si mesmo, se deslocar discursivamente de seu sentido para derivar para um outro (...), oferecendo lugar à interpretação”. É nesse processo de deslocamento, segundo o autor, que trabalha a análise de discurso.

A análise de discurso supõe que “através das descrições regulares de montagens discursivas, se possa detectar os momentos de interpretações enquanto atos que surgem como tomadas de posição, reconhecidas como tais (...), como efeitos de identificação assumidos e não negados” (Pechêux, 2006, p. 57).

A linguagem, produto social e histórico, realiza a exteriorização do discurso. Ela “é o veículo das ideologias, o instrumento de mediação entre os homens e a natureza, o homem e outros homens” (Fiorin, 1998, p.6). Portanto, o discurso exprime pensamentos e também o posicionamento do sujeito no mundo; ele contém um sistema de valores (Fiorin, 1998).

O discurso é estruturado pela sintaxe discursiva, campo da expressão por meio de símbolos da linguagem, que é mais independente da estrutura social, e pela semântica discursiva, “campo das determinações inconscientes”, que expressa o modo de ver o mundo em dada formação social. Esses elementos semânticos, assimilados por cada homem ao longo de sua educação, constituem a consciência e, por conseguinte, sua maneira de pensar o mundo (Fiorin, 1998, p. 19).

Os elementos semânticos do discurso são os que interessam para a análise do relatório da CSDH, porque, segundo Fiorin (1998, p.24), os elementos semânticos são a concretização da estrutura profunda do discurso, constituídos preponderantemente pelo tema, elemento “não presente no mundo natural, mas que exerce o papel de categoria ordenadora dos fatos observáveis”, como por exemplo a ideologia.

Por isso optou-se neste estudo pelo método da análise de discurso (Fiorin, 1998), a partir da perspectiva crítico-dialética, pela potencialidade que tem para “desvendar, mais que o ‘conflito de interpretações’, o conflito de interesses” (Gamboa, 2000, p. 97), por meio da apreensão da estrutura profunda do discurso da CSDH.

Para a análise foi realizada a leitura do documento e os foram selecionados os dados que expressam os valores, as definições, a filiação teórica e os autores citados relacionados aos conceitos utilizados, bem como, as diretrizes, a caracterização e a justificativa das ações. A análise utilizará concepções do campo da Saúde Coletiva nos moldes de categorias analíticas.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O documento da CSDH, *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, lançado em 2010, apresenta a perspectiva teórica dos Determinantes Sociais de Saúde da OMS e descreve as finalidades da publicação: “identificar os DsSS (determinantes sociais de saúde) e os determinantes das inequidades em saúde; mostrar quais os determinantes principais e como se relacionam com os outros determinantes; esclarecer os mecanismos pelos quais os determinantes sociais geram inequidades; dispor um quadro para avaliar quais DsSS são mais importantes abordar; e mapear níveis específicos de intervenção e política entre os pontos para a ação sobre os DsSS” (Solar, Irwin, 2010, p. 20, tradução livre).

Neste capítulo, primeiramente, será apresentado como a CSDH concebe teoricamente os DsSS; posteriormente, serão expostos os eixos das ações; e, por fim, uma síntese entre a construção teórica e as ações práticas contidas no documento.

6.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS DsSS

O documento propõe lançar luz sobre as seguintes questões: a primeira, sobre a origem das diferenças de saúde entre os grupos sociais e suas raízes mais profundas; e a segunda, sobre os caminhos pelos quais estas raízes levam às absurdas diferenças observadas no estado de saúde na população.

O documento inicia com a “filosofia moral e política”, a partir da obra *Development as Freedom*, de Amartya Sen, integrante da CSDH (economista, ganhador do Prêmio Nobel de Economia, um dos formuladores do Índice de Desenvolvimento Humano). O documento aproxima essa abordagem ao princípio da equidade em saúde para explicitar as implicações de uma justa “governança”. Para a Comissão, a inequidade interfere nas capacidades individuais, o que compromete profundamente a liberdade. Por isso, a persistência das inequidades decorrentes da posição social do indivíduo se deve à falha da “governança”, uma vez que o acesso justo aos bens básicos e as oportunidades de escolhas livres na construção dos planos de vida não foram garantidos (Solar, Irwin, 2010).

Segundo a CSDH, há relação mútua entre a capacidade de ação individual e a saúde. A saúde é pré-requisito para a capacidade individual e liberdade, ao mesmo tempo em que as condições sociais que permitem o desenvolvimento individual estão associadas a melhores desfechos/resultados de saúde. Os direitos humanos, baseados na Declaração Universal dos

Direitos Humanos, são tomados como estrutura conceitual que pode auxiliar no avanço político em direção à equidade em saúde, para delinear ações que incidam nos DSS.

O documento afirma que, apesar de ser frequentemente interpretado pela dimensão individual, o arcabouço dos direitos humanos também alcança a preocupação com o bem-estar coletivo. Não há uma definição sobre o significado dos direitos humanos. O que se afirma é que todos têm direito ao padrão de vida necessário para ter saúde (acesso ao consumo de bens e serviços). (Solar, Irwin, 2010).

O quadro 6.1 apresenta as principais definições e valores eleitos pela Comissão.

Quadro 6.1 – Definições e valores centrais da CSHD

Valor	Descrição
Saúde	Definição: não consta no documento. Constitui diretamente o bem-estar das pessoas. Habilita as pessoas para a ação (“agency”). A ligação causal entre saúde e ação é bilateral.
Autores citados	Anand S.
Inequidade em saúde	Definição: diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis em saúde entre grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente. Causa: falha da governança. Consequência: desabilita as pessoas para agir (“function”).
Autores citados	Dahlgren G.; Whitehead M.; Braveman P.; Gruskin S.; Sen, A.; Anand S.; Rawls J.; Ruger JP.; Marmot M.
Equidade em saúde (equidade socioeconômica em saúde)	Definição: ausência de inequidades em saúde. Fundamento ético explícito da CSDH. Responsabilidade primária dos governos. Acesso justo a bens possibilita escolha do plano de vida individual.
Autores citados	Dahlgren G.; Whitehead M.; Braveman P.; Gruskin S.; Sen A.; Anand S.; Rawls J.; Ruger JP.; Marmot M.

Determinantes sociais da saúde	<p>Definição:</p> <p>1) fatores sociais que enfraquecem a saúde de indivíduos e populações</p> <p>2) fatores associados ao processo social que subjaz à distribuição desigual desses fatores entre grupos que ocupam posições desiguais na sociedade.</p>
Autores citados	Grahan
Direitos humanos	<p>Definição: não consta no documento.</p> <p>A importância política do campo dos direitos humanos é deslocar as ações de mitigação da pobreza do campo da caridade para o campo dos direitos humanos da lei, através de políticas sociais para a equidade.</p> <p>Ligado às lutas de <i>empowerment</i> dos grupos em desvantagem.</p>
Autores citados	Tajer D.; Universal Declaration of Human Rights; International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR); Global Right to Health and Health Care Campaign of the People's Health Movement; Braveman P.; Gruskin S.; Solar O, Irwin A.
Distribuição de poder	<p>Definição: não consta no documento.</p> <p>Apesar de anunciado no capítulo, não trata diretamente do assunto, apenas da discussão sobre o <i>empowerment</i>.</p>

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

Após apresentar os valores centrais para a formulação do quadro teórico e proposição das ações, o documento segue expondo teorias e modelos anteriores ao trabalho da Comissão, relacionados com a teoria dos DsSS: a abordagem psicossocial e a produção social da doença.

A primeira escola é a abordagem psicossocial (“psychosocial approaches”), que enfatiza fatores psicossociais e tem como origem o estudo de John Cassel. Para este autor, o estresse provocado pelo “ambiente social” altera a suscetibilidade do hospedeiro, afetando a função neuroendócrina de forma a aumentar a vulnerabilidade do organismo para a doença. Outros estudos de abordagem psicossocial afirmam que a saúde é comprometida pela experiência do sujeito, tomado a partir do lugar ocupado na hierarquia social, considerando-se

que essa hierarquia e a condição de renda enfraquecem a coesão social e desintegram os tecidos sociais (Solar, Irwin, 2010).

A segunda abordagem apresentada é a produção social da doença/economia política da saúde, chamada de posição materialista ou neomaterialista. Apesar de não negar as consequências psicossociais, esta corrente afirma que a relação entre inequidade de renda e condições de saúde parte de causas estruturais; portanto, não é possível deter-se apenas na percepção da inequidade, bem como considerar que a desigualdade diga respeito apenas à renda, uma vez que é também resultado dos baixos investimentos em “infraestrutura comunitária” (Solar, Irwin, 2010).

A matriz “neomaterial” contemporânea tem como fundamento a argumentação de que o processo econômico e as decisões políticas determinam os recursos individuais e a infraestrutura pública que inclui, entre outros, a disponibilidade de alimentos, os serviços de saúde, educação e transporte e a qualidade da habitação.

O terceiro modelo apresentado é a recente teoria eco-social, com metodologia de estudos multiníveis, de Nancy Kreiger, que investigam o caminho entre todos os níveis de complexidade, da célula humana aos grupos sociais, até o ecossistema. A articulação entre esses níveis tem como base a definição de “*embodiment*” (Solar, Irwin, 2010).

Outra seção do documento, a seção (5.3), é dedicada à relevância do modelo de Diderichsen, utilizado como referência central. Neste modelo, o contexto social estrutura a hierarquia social e determina a posição social do indivíduo. Esta posição social é considerada como a origem da exposição diferenciada do indivíduo às causas da doença, da vulnerabilidade para adoecer; portanto, também aos resultados: agravos e doenças. Por sua vez, estes resultados produzem as consequências sociais e econômicas: inabilitam para o trabalho e geram custos advindos dos cuidados em saúde. Estas consequências impactam no contexto político, que por sua vez, influencia no contexto social, num movimento circular entre posição social e doença (Solar, Irwin, 2010). A descrição resumida dos modelos interpretativos do processo saúde-doença e os autores utilizados em cada modelo apresentado encontram-se no quadro 6.2.

Quadro 6.2 - Modelos teóricos dos DsSS e autores utilizados

Abordagem	Descrição
-----------	-----------

Abordagem psicossocial	<p>O estresse proveniente do “ambiente” social altera a suscetibilidade do hospedeiro e sua função neuroendócrina.</p> <p>Percepção e experiência do <i>status</i> pessoal geram sentimentos de inutilidade, vergonha e estresse crônico.</p> <p>No nível social, a hierarquia de <i>status</i> e renda enfraquecem a coesão social.</p>
Autores citados	<p>Raphael D.; Raphael D, Bryant T.; Cassel J.; Wilkinson RG, Pickett KE.</p> <p>Lynch J et al.; Wilkinson RG.; Lobmayer P, Wilkinson RG.; Marmot M.</p>
Produção social da doença/economia política da saúde	<p>Também denominada de “matriz neomaterial da vida contemporânea”.</p> <p>Saúde e doença têm determinantes econômicos e políticos que condicionam a disponibilidade de recursos e serviços públicos (educação, transporte, controle ambiental, etc).</p> <p>A renda é uma manifestação destes determinantes.</p>
Autores citados	Kaplan GA et al.; Davey Smith G, Egger M.; Lynch JW et al.
Teoria ecosocial e estudos multiníveis relacionados	<p>Padrões de saúde, doença e bem-estar relacionados com níveis biológico, ecológico e de organização social.</p> <p>Os mundos material e social são incorporados biologicamente num processo denominado “<i>embodiment</i>”.</p>
Autores citados	Krieger N.
O Modelo de Diderichsen	<p>Adoecimento é um processo causado pela estratificação social.</p> <p>O modelo esquemático (ver figura abaixo) é representado circularmente - o contexto social gera doenças e a doença tem consequências econômicas e sociais que interferem no contexto social.</p> <p>A posição socioeconômica determina:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) diferentes níveis de exposição a condições danosas para a saúde; 2) diferentes níveis de vulnerabilidade (a condições de saúde e ao acesso a recursos materiais); 3) diferentes consequências das doenças.

Autores citados	Diderichsen F., Evans T., Whitehead M.; Diderichsen F.; Hallqvist J et al.
-----------------	--

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

Figura 1 - Modelo da Produção Social da Doença segundo Diderichsen

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

Na seção seguinte, o documento aborda caminhos e mecanismos pelos quais os DsSS influenciam no gradiente de saúde, revê modelos específicos e oferece evidências para explicar as inequidades em saúde, a partir da classificação de Mackenbach. O documento ressalta que as perspectivas descritas são examinadas como potencialmente complementares. Assim como na seção anterior, não são consideradas como excludentes entre si (Solar, Irwin, 2010).

Na perspectiva da “seleção social”, o gradiente de saúde determina a posição sócio econômica. Consequentemente, a influência da saúde sobre a posição social resulta em um modelo de mobilidade social - indivíduos não saudáveis “caem” no gradiente social, enquanto os saudáveis “sobem”. Porém, consta do relatório que esta perspectiva não está ancorada em evidências suficientes para ser uma explicação predominante (Solar, Irwin, 2010).

Há no documento a distinção entre a “seleção direta”, que define que a doença influencia a posição socioeconômica e as consequências econômicas, e a “seleção indireta”, que interpreta que os determinantes de saúde têm influência sobre a mobilidade. É um

mecanismo cumulativo de desvantagem sobre o curso de vida, desde os seus estágios iniciais (Solar, Irwin, 2010). A perspectiva desta abordagem é individual e, pela forma como aborda a origem da doença, permite a responsabilização do indivíduo.

A segunda perspectiva apresentada é a da determinação dos níveis de saúde pela “causação social” (“social causations perspective”); ou seja, o gradiente de saúde é determinado por fatores intermediários, característicos da posição social dos indivíduos. Estudos longitudinais desenvolvidos antes do surgimento de doenças mostram maior risco de problemas de saúde em grupos socioeconômicos localizados em posições inferiores na escala social (Solar, Irwin, 2010).

O efeito causal do *status* socioeconômico na saúde é principalmente indireto, através de determinantes específicos, distribuídos entre os grupos. Estes grupos de determinantes específicos são no documento classificados como fatores materiais, fatores psicossociais, fatores comportamentais, além de determinante caracterizado pelo sistema de saúde em si (Solar, Irwin, 2010).

No documento foi também apresentada a perspectiva do “curso de vida” (“life course perspective”), que analisa como os determinantes operam em cada ciclo de vida (infância, adolescência e maturidade), influenciando tanto diretamente a saúde no ciclo da vida em que o indivíduo se encontra, quanto indiretamente, interferindo em processos saúde-doença em ciclos de vida posteriores. Os intervalos entre a exposição, o início da doença e as manifestações clínicas sugerem que a exposição em estágios precoces da vida está envolvida no processo inicial da doença, previamente às manifestações clínicas. Nesta perspectiva, dois mecanismos principais são destacados: o modelo de “períodos críticos” e o modelo de “acumulação de riscos” (Solar, Irwin, 2010).

O quadro 6.3 apresenta as descrições dos mecanismos identificados no curso do processo saúde-doença, os autores utilizados e os desfechos decorrentes dos mecanismos e caminhos pelos quais os DsSS atuam (apresentados na seção 5.7 do documento).

Quadro 6.3 - Mecanismos e caminhos dos DsSS e os desfechos relacionados

Mecanismo	Descrição (seção 4.2 do documento)	Desfechos (seção 5.7 do documento)

Seleção social	<p>Gradiente de saúde determina a posição socioeconômica individual.</p> <p>A mobilidade social pode ocorrer na dimensão intergeracional ou intrageracional.</p> <p>Não pode ser utilizada como explicação predominante para as inequidades em saúde, pois estudos não demonstram evidência consistente.</p>	<p>No ciclo da juventude:</p> <ul style="list-style-type: none"> - variações na saúde têm impacto no percurso educacional e na carreira profissional. <p>No ciclo de vida adulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pequenas variações têm impacto menor, se ocorrerem quando a carreira já estiver estabelecida; - problemas sérios de saúde podem excluir a pessoa do mundo do trabalho.
Autores citados	<p>Illsley R.; West P.; Blane D et al.; Bartley M et al.; Bartley M, Plewis I.; Manor O, Matthews S, Power C.; Power C et al.; Blane D, Harding S, Rosato M.; Hart CL, Davey Smith G, Blane D.; Davey Smith G et al.; Elstad JI.; Marmot M et al.; Davey Smith G, Morris J.</p>	Graham H.
“Causação” social	<p>Posição social determina a saúde.</p> <p>Determinação a partir de fatores intermediários.</p> <p>Fatores principais: material, psicossocial e comportamental, biológico, além do sistema de saúde.</p>	Não apresentado no documento.
Autores citados	<p>Marmot M et al.; Mackenbach JP, Bakker MJ, eds.; Link B, Norhtridge M, Phelan; Marmot M, Shipley MJ, Rose G.; Olson CM, Bove CF, Miller EO.; Olivares CS et al.</p>	

Perspectiva do curso de vida	<p>Ligação causal entre exposição e desfechos, no âmbito da vida individual, é feita pelo tempo e momento. É perpetrada ao longo de gerações, bem como nas tendências dos níveis de doença na população.</p> <p>Principais modelos: “períodos críticos” e “acumulação de risco”.</p>	<p><u>Interferência direta</u></p> <p>No ciclo da infância:</p> <ul style="list-style-type: none"> - crianças pobres têm maior risco de atraso de desenvolvimento, deficiência de fala, dificuldades cognitivas e problemas de comportamento. <p>No ciclo de vida adulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mortes por câncer de pulmão e por acidentes e violência, decorrentes de características de vida. <p><u>Interferência indireta</u></p> <p>AVE e câncer de estômago estão relacionados a circunstâncias ocorridas na infância.</p> <p>Relação entre acumulação de riscos em ciclos de vida e doenças coronariana e respiratória.</p>
Autores citados	Ben-Shlomo Y, Kuh D.; Frankel S et al.; Davey Smith G, Morris J.	Jefferis B, Power C, Hertzman C.; Maughan B, Collishaw S, Pickles A.; Davey Smith G .

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

6.1.2 Teorias de poder

O quadro conceitual expõe teorias de poder para orientar as ações nos determinantes sociais, considerando que as inequidades em saúde são explicadas pela distribuição desigual e sistemática de poder, prestígio e recursos entre os grupos sociais.

Segundo o documento, é necessário entender como o poder opera nas dimensões econômica, social e política. A importância do poder para a compreensão dos DsSS se dá pela distribuição desigual do mesmo, gerando inequidades em saúde. Por ser considerado fator crítico na formação da hierarquia social, deve ser identificada a sua dinâmica nas relações política, econômica e social.

Segundo o texto produzido pela Comissão, a análise política do poder serve como guia para recomendações de ação nos determinantes. As mudanças nas relações de poder na esfera

“micro” (por exemplo, relações familiares e ambiente de trabalho) são insuficientes, mas necessárias às mudanças na esfera “macro” (instituições econômicas, políticas e sociais).

O relatório relaciona a ênfase no poder, definido como ação coletiva, com o modelo de ética social baseada nos direitos humanos. Uma agenda de direitos humanos contempla a ação coletiva de comunidades historicamente dominadas, de forma de alterar a hierarquia social em direção a equidade (Solar, Irwin, 2010).

Quadro 6.4 – Abordagens teóricas sobre o poder

Teoria	Descrição
Poder como dominação	Relação entre um <i>ator</i> ou grupo que determina o comportamento de outro <i>ator</i> ou grupo (ligado às noções de coerção, dominação e opressão). “Opressão estrutural” sobre os grupos sociais em desvantagem. Teorias com esta abordagem podem ser resumidas pela expressão “ <i>power over</i> ”.
Autores citados	Stewart A.; Quiroz S.; Young IM.; Luckes S.
Abordagens criativas e coletivas do poder	Capacidade de transformação da ação humana. Necessidade de teorias que ressaltem aspectos positivos do poder, na sua dimensão coletiva. Hanna Arendt é autora crucial: poder pertence ao grupo. Poder: relação entre pessoas “empoderadas” pela reflexão crítica em ação coletiva. Pode ser da ação coletiva ou da consciência individual. Tipos de poder (Giddens e teóricas feministas): “ <i>power over</i> ”: habilidade de influenciar e coagir “ <i>power to</i> ”: capacidade do “ator” de intervir em uma série de eventos e mudar seu curso; organização e mudança das hierarquias existentes “ <i>power with</i> ”: poder da ação coletiva “ <i>power within</i> ”: poder da consciência individual Cada interpretação de poder tem diferentes consequências para a ação.
Autores citados	Ball T. Luttrell C.; Quiroz S.; Scrutton C.; Bird K.; Rowlands J. (não há a referência da obra de Hanna Arendt consultada, a referência é das obras de Stewart e Wartenberg. Anthony Giddens também é

	mencionado a partir da obra de Stewart <i>Theories of power and domination: the politics of empowerment in late modernity</i>).
--	--

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

6.1.3 – Contexto político e socioeconômico

O contexto socioeconômico e político é o primeiro elemento hierárquico do quadro conceitual da CSDH. Para os autores, a importância dada a essa dimensão diferencia o trabalho da Comissão de outros trabalhos. Contexto foi definido como conjunto de aspectos estruturais, culturais e funcionais do sistema social que impacta nos indivíduos, exerce influência nos modelos de estratificação social e nas oportunidades de saúde das pessoas. Os “fatores contextuais”, os que tem mais poder em afetar a saúde, são o Estado de Bem-estar Social e as políticas redistributivas. (Solar, Irwin, 2010).

O documento afirma que há um relativo descuido com o tratamento dado ao contexto político, em parte significativa da literatura sobre os determinantes de saúde. O relatório menciona resultados de pesquisas desenvolvidas por Navarro, que demonstraram sólida evidência de determinantes de saúde condicionados pela conformação da política pública (Solar, Irwin, 2010).

O contexto contém seis pontos que devem ser levados em conta: governança, política macroeconômica, políticas sociais (que incluem regulação sobre o trabalho, bem-estar social, terra e habitação), políticas públicas (educação, saúde, água e saneamento), valores culturais e societários e condições epidemiológicas (principalmente grandes epidemias como HIV/AIDS).

Em relação à governança, a comissão indica que há diferentes definições de governança ou de boa governança, dependendo da natureza política da instituição e da gestão que a conduz (Solar, Irwin, 2010). No entanto, não há menção no texto quanto à origem desta terminologia e nem quanto ao momento em que passou a ser utilizada na área da saúde.

Para a comissão, a governança pode se dar desde o nível local até o nível global e sua realização depende do contexto político. Os possíveis conflitos de interesse devem ser mediados pelos governos, que devem “fomentar o consenso”, “defender os que têm menos” e “criar condições para a participação de sociedades autônomas” (Solar, Irwin, 2010).

O quadro 6.5 expõe os elementos que constituem o contexto político e socioeconômico, as principais características apresentadas e os autores que serviram como referência para a formulação do documento.

Quadro 6.5 – Elementos constituintes do contexto político e socioeconômico

Elemento	Descrição das características
Governança	<p>Definição: “sistema de valores, políticas e instituições pelos quais a sociedade administra questões políticas, sociais e econômicas por meio de interações entre Estado, sociedade civil e setor privado. É um caminho pela qual a sociedade organiza a si mesma para realizar e implementar decisões” (UNDP <i>apud</i> Solar, Irwin, 2010, tradução livre).</p> <p>Definições variam de acordo com as instituições que empregam o termo, de acordo com interesse e mandatos.</p> <p>Inclui definição de necessidades, padrões de discriminação, participação da sociedade civil, <i>accountability</i> e transparência na administração pública.</p> <p>Integra mecanismos e processos para a articulação de cidadãos e grupos articularem seus interesses, mediando diferenças, para o exercício de seus direitos e obrigações legais. Proporciona limites e incentivos para indivíduos, organizações e empresas.</p> <p>Opera nos diversos níveis sociais: do ambiente doméstico ao nível global.</p>
Autores citados	UNDP (United Nations Development Program); Mackenbach JP et al.; Corner L.
Mercado de trabalho	<p>Definição: políticas de mercado de trabalho mediam a relação entre oferta – candidatos a emprego (“<i>jobseekers</i>”) - e demanda – trabalhos oferecidos.</p> <p>Intervenções: auxiliar desempregados a encontrar vagas de trabalho (e vice-versa); aumentar capacidades e habilidades dos trabalhadores; diminuir a disponibilidade de mão de obra; criar empregos; mudar a estrutura de emprego em favor dos grupos em desvantagem.</p> <p>Políticas passivas: seguro-desemprego e aposentadoria precoce.</p> <p>Políticas ativas: treinamento em mercado de trabalho, criação de programas de empregos públicos ou comunitários, implementação de programas que promovam a criação de empreendimentos e subsídios para contratação.</p>
Autores citados	CSDH’s Employment Conditions Knowledge Network

Estado de Bem-estar	<p>Definição: Estado que desempenha papel fundamental na proteção e na promoção da economia e bem-estar dos cidadãos.</p> <p>Princípios: igualdade de oportunidades; distribuição igual de riqueza (<i>wealth</i>) e responsabilidade pública pelos incapazes de dispor o mínimo de recursos para uma boa vida.</p> <p>Frequentemente inclui serviços públicos de educação, saúde e habitação. Pode incluir programas antipobreza e taxaço pessoal (<i>personal taxation</i>). Redistribuição de renda é uma das principais funções.</p> <p>Países baseados na social-democracia apresentam melhores indicadores de saúde.</p>
	Chung H, Muntaner C.; CSDH's Employment Conditions Knowledge Network; Encyclopædia Britannica online.
Globalização	<p>Definição: processo de maior integração, pelo qual a economia mundial através da movimentação de bens e serviços, capital e (em menor medida) trabalho, condições globais, influenciam frequentemente as decisões econômicas.</p> <p>Análise das inequidades em saúde deve considerar <i>atores</i> como o FMI e as empresas transnacionais.</p>
	CSDH Globalization Knowledge Network; Labonte R, Schrecker T.
Valores culturais	<p>Não há definição.</p> <p>Indicadores do valor da saúde: prioridade da saúde na agenda nacional/social; financiamento e organização dos serviços de saúde, igualdade de acesso aos serviços</p>
	Solar O, Irwin A, Vega J.; Kleczkowski BM, Roemer M, Van Der Werff A.

6.1.4 Determinantes estruturais dos DsSS

Determinantes estruturais são definidos na interface entre o contexto socioeconômico e político, os mecanismos estruturais de estratificação social e o resultado da posição socioeconômica individual. Estes determinantes são parte dos “determinantes sociais de inequidades em saúde”. São definidos como “mecanismos estruturais de estratificação social

influenciados pelo processo e pelas instituições, imersas nos contextos socioeconômico e político” (Solar e Irwin, 2010, p. 30, tradução livre).

Os determinantes estruturais constituem o segundo elemento hierárquico do quadro conceitual da CSDH.

Para a Comissão, classe social e estratificação social são as duas variáveis principais nos estudos de inequidades sociais em saúde. Karl Marx e Max Weber são apresentados como autores centrais no estudo da posição socioeconômica. Após uma breve abordagem do conceito de classe social em Marx e da concepção de “posição socioeconômica” em Weber, a Comissão assume a opção pelo termo weberiano, por incorporar no relatório as três dimensões que constituem o conceito deste autor: classe social, *status* e poder.

A estratificação social é determinada pelo contexto, e constitui um determinante estrutural que ocupa posição hierarquicamente superior aos outros elementos dos determinantes estruturais. A estratificação social é simultaneamente um determinante social de saúde e um determinante das inequidades em saúde. As variáveis utilizadas para operacionalização de posição socioeconômica são renda, escolaridade, ocupação, classe social, gênero, etnia (Solar, Irwin, 2010). Esta pode ser mensurada em três níveis complementares: individual, doméstico ou familiar (“household”) e vizinhança (“neighborhood”). Cada nível contribui independentemente para a exposição a riscos e desfechos.

O quadro 6.6 condensa a descrição dos constituintes dos determinantes estruturais e os autores citados respectivamente.

Quadro 6.6 – Elementos constituintes dos determinantes estruturais: classe social, gênero e etnia

Elemento	Descrição
Estratificação social	<p>Definição: posição socioeconômica, baseada em três dimensões – classe (base econômica), <i>status</i> (honra e prestígio, que permite diferentes acesso a “chances de vida”) e poder (contexto político).</p> <p>Posição socioeconômica é um conceito agregado e seu uso em pesquisas epidemiológicas precisa ser melhor esclarecido.</p> <p>Variáveis de mensuração de estratificação social: renda, ocupação e escolaridade.</p>

Autores citados	Graham H.; Howden-Chapman P.; Kubzansky LD et al.; Kunst A, Mackenbach J.; Muntaner C et al.; Wright EO.; Liberatos P, Link BG, Kelsey JL.; Krieger N, Williams DR, Moss NE.; Singh – Manoux A, Clarke P, Marmot M.; Lahelma E et al.; Krieger N et al. (não cita qual a obra de referência de Weber)
Ocupação	Resultado da estratificação social. Indicador que se relaciona como variável com classe social, renda e escolaridade.
Autores citados	Galobardes B et al.; Marmot M, Bobak M, Davey Smith G.; Townsend P, Davinson N, Whitehead M.
Classe social	Definição: conceito relacional, que implica propriedade e controle de recurso: proprietários e trabalhadores. Mensurada por indicadores, a exemplo da renda.
Autores citados	Oakes JM, Rossi PH.; Bartley M.; Muntaner C, Lynch J, Oates G.
Gênero	Definição: construção social de características masculinas e femininas (sexo refere-se a características biológicas). Mulheres e meninas têm maior carga devido à desigualdade de gênero, apesar de a construção da masculinidade também prejudicar homens e meninos. Desigualdade de gênero afeta escolarização e trabalho (piores empregos e piores salários). Trabalho doméstico prejudica a carreira, a capacidade de ganhos durante a vida e aumenta o risco de pobreza na vida adulta e velhice.
Autores citados	Nanci Krieger; OMS (Gender Glossary, Gender, health and work); Doyal L.; Walby S.; UNDP

Raça/etnia (categoria social)	<p>Definição: grupos sociais que dividem herança cultural e ancestral, inseridos em sistemas de dominação a partir de características físicas arbitrárias (como cor da pele) que beneficiam outros grupos sociais.</p> <p>Em sociedades marcadas pela discriminação e exclusão racial, grupos étnicos e raciais marginalizados têm afetados <i>status</i>, oportunidades e trajetórias do curso de vida.</p> <p>Desfechos de saúde: impacto desigual em expectativa de vida, peso ao nascer, por exemplo em afroamericanos e aborígenes, especialmente se agregados a outros determinantes como baixa renda, escolarização, habitação.</p>
Autores citados	Krieger N.; UNPD; Dedman DJ et al.

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

6.1.5 – Determinantes Intermediários dos DsSS

Os determinantes intermediários de saúde, derivados do processo estrutural, são expressos por fatores: as circunstâncias materiais, as circunstâncias socioambientais ou psicossociais, os fatores comportamentais e biológicos e os fatores associados ao sistema de saúde.

O quadro a seguir descreve as principais características dos determinantes intermediários e os autores utilizados pela Comissão na seleção dos mesmos.

Quadro 6.7 – Determinantes Intermediários dos DsSS

Determinante (fatores)	Descrição
Circunstâncias materiais	<p>É considerado o determinante intermediário mais importante.</p> <p>Composição do determinante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores vinculados ao ambiente físico (a exemplo da habitação); - fatores vinculados ao potencial de consumo (de alimentos saudáveis, por exemplo); - fatores associados ao ambiente de trabalho e ambiente vizinho (“<i>neighborhood environment</i>”). <p>Influência deste determinante no gradiente de saúde: as circunstâncias materiais podem tanto prover recursos quanto oferecer riscos à saúde.</p> <p>Portanto, acessos desiguais a esses fatores, às circunstâncias materiais, acarretam desiguais gradientes de saúde em indivíduos dos diferentes grupos sociais.</p>
Referências	Howden-Chapman P.; Lenz R.; Cohen D et al.; Galobardes B et al.; CSDH Globalization Knowledge Network
Ambiente social ou circunstâncias psicossociais	<p>Composição do determinante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estressores psicossociais (eventos da vida, pressão no trabalho); - circunstâncias de vida estressantes (a exemplo de dívidas); - suporte social (existência e características de rede de apoio). <p>Influência deste determinante no gradiente de saúde: estressores podem ser gatilho para doenças, a exemplo da relação entre estresse crônico e doenças psicossomáticas.</p> <p>Portanto, uma vez que grupos sociais estão expostos em graus e formas diferentes a experiências a essas circunstâncias e que a inequidade de renda interfere na coesão social, reduz a solidariedade e o “espírito comunitário”, o acesso desigual a esses fatores acarretam desiguais gradientes de saúde em indivíduos de diferentes grupos sociais.</p> <p>Afirma que há estudos que associam status socioeconômico à percepção sobre o controle sobre saúde. Exemplo: pessoas que não têm nível universitário, identificam que sua saúde tem controle externo (por outras</p>

	<p>peessoas). O documento não identifica quem são as “peessoas” que controlam a saúde alheia. Não há referência sobre estes estudos no documento.</p>
	<p>Wilkinson RG.; The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs</p>
Aspectos comportamentais e biológicos	<p>Composição do determinante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatores associados a hábitos e comportamentos que podem caracterizar-se como protetores (como atividade física, alimentação saudável) ou prejudiciais (fumo e obesidade); - fatores genéticos; - idade; - sexo. <p>Influência deste determinante no gradiente de saúde: acessos desiguais a esses fatores, aos estilos e comportamentos protetores, acarretam desiguais gradientes de saúde em indivíduos.</p> <p>Para a Comissão, esse determinante é considerado limitado para explicar as inequidades em saúde entre diferentes grupos sociais.</p>
	<p>Willems S.; Margolis PA et al.; Marmot M, Shipley MJ, Rose G.; Escobedo et al.; Marmot M et al.; Matthews KA et al.; Kaprio J, Koskenvuo M.; Adler NE et al.; Mackenbach JP et al.</p>
Aspectos relacionados ao sistema de saúde	<p>Fator que pode implementar ações para atuar nas diferenças de exposição aos riscos (seja por meio de vacina ou de <i>empowerment</i>), na vulnerabilidade individual, nas consequências provocadas pelas doenças ou nas circunstâncias materiais.</p> <p>Influência deste determinante no gradiente de saúde: embasamento teórico insuficiente para ser afirmado como tal; relação entre acesso ao sistema de saúde e posição socioeconômica não explica o gradiente de saúde.</p>
	<p>Adler NE et al.; Diderichsen F, Evans T, Whitehead M.; Benzeval M., Judge K, Whitehead M.</p>

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

6.1.6 Determinante transversal: capital social e coesão social

O determinante transversal é composto por dois aspectos: o “capital social” e a “coesão social”, sendo que o primeiro - o capital social - é considerado como o fator preponderante na configuração da saúde (151, 152, 153, 154), talvez por esta razão seja o único a ser abordado no texto.

O quadro 6.8 apresenta a abordagem do capital social no documento da CSDH segundo as abordagens teóricas que o ancoram, os autores selecionados e a posição da Comissão a respeito do referido fator, tomado como um determinante social.

Quadro 6.8 – Abordagens teóricas sobre o capital social, autores utilizados e posição da CSDH

Abordagem teórica	Descrição
Abordagem comunitária	Na perspectiva neodurkheimiana: capital social como um mecanismo psicossocial. Na perspectiva de Putnam: capital social como “características da organização social como redes, normas e confiança social, que facilitam a coordenação e cooperação para benefício mútuo”.
	Putnam R.; Popay J.
Abordagem de rede	Na perspectiva de James Coleman e Pierre Bourdieu (sistêmica relacional): capital social como recursos que fluem e emergem através de redes sociais. Envolve a análise da influência da estrutura social, hierarquias de poder e acesso a recursos na saúde da população. Decisões coletivas ou individuais não podem desconsiderar o contexto social.
	Szreter S., Woolcock M.
Distribuição de recursos	Na perspectiva materialista, crítica à abordagem psicossocial: aspectos psicossociais são consequências de condições de vida materiais.
Autores citados	Moore S et al.; Lynch J et al.; Lynch J.

Abordagem crítica	Capital social: o termo despolitiza os DsSS e desresponsabiliza o Estado como provedor. Capitalismo é incompatível com capital social e coesão social.
Autores citados	Muntaner C.; Navarro V.
Posição da CSDH	Reafirma a responsabilidade do Estado. Capital social: desenvolvido com a participação dos cidadãos nos governos locais, por meio do <i>empowerment</i> , para influenciar decisões. Capital social: utilizado como conexão na análise da relação entre a atuação das instituições e a qualidade de vida das pessoas.
	Department Equity, Poverty and Social Determinants of Health, World Health Organization. Bernales P. Social capital review (estudo preparado por P Bernales, não publicado); Ferguson, K.

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

Apresentados todos os elementos de seu quadro, a Comissão conclui a formulação sobre o processo de saúde. A relação entre o contexto social e a saúde é circular, conforme ilustra a figura abaixo. O mecanismo de “seleção social” explica que os desfechos de saúde, os diferentes gradientes de saúde dos indivíduos, interferem tanto individualmente, na posição sócio-econômica, quanto coletivamente, no contexto sócio-econômico, ainda que na apresentação desse determinante a Comissão afirme que não há evidências suficientes.

Figura 2 - Forma final do modelo conceitual da CSDH

Fonte: Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

O quadro 6.9, a seguir, apresenta a síntese dos elementos expostos na formação do quadro conceitual da CSDH. Está nele incluída a síntese demonstrada na Seção 5.7.4, a respeito de determinantes interferindo nos desfechos de saúde. A exemplaridade foi feita a partir da epidemia de HIV na África subsaariana, analisando a circularidade entre doença e pobreza, a partir do impacto direto da epidemia na atividade e no crescimento econômicos.

Quadro 6.9 – Síntese dos elementos constituintes dos DsSS

Elemento	Descrição
Contexto político e socioeconômico (governança, mercado de trabalho, Estado de Bem-estar)	<p>Mecanismos políticos e sociais que geram, mantêm e configuram a estratificação social.</p> <p>Não é possível mensurar o impacto do contexto no nível individual.</p> <p>Impacto da saúde no contexto da pandemia de HIV na África subsaariana: diminuição da expectativa de vida e impacto na produtividade agrícola, no crescimento econômico e nos setores de saúde e educação.</p>

Determinantes estruturais (fatores relacionados a: classe social, gênero, raça/etnia, sistema de saúde)	<p>Geram estratificação social e divisão de classe social.</p> <p>Definem a posição socioeconômica individual, em hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos (renda, educação, ocupação).</p> <p>Determinam inequidades em saúde.</p>
Determinantes intermediários	<p>São consequências dos determinantes estruturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - circunstâncias materiais: condições de vida e trabalho; - circunstâncias psicossociais; - fatores comportamentais e biológicos.
Coesão social e capital social	Elementos transversais entre determinantes estruturais e determinantes intermediários.

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

6.2 AÇÕES DE ENFRENTAMENTOS AOS DsSS

Ao iniciar o capítulo a CSDH apresenta uma revisão bibliográfica para subsidiar a análise política e a tomada de decisões. Segue resumo das referências apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 6.10 – Revisão bibliográfica da CSDH para análise de políticas e processo de decisão

Fonte/ autor	Áreas de intervenção
Programa holandês de pesquisa de inequidades em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Nos determinantes estruturais como, por exemplo, reduzir a prevalência da pobreza; portanto, reduzir inequidades; - nos determinantes intermediários relacionados à posição socioeconômica, mais particularmente nos seus efeitos como, por exemplo, reduzir o número de fumantes nos grupos socioeconômicos mais baixos; - no gradiente de saúde, revertendo seus efeitos sobre a posição socioeconômica como, por exemplo, estabelecer estratégias para manter indivíduos com doença crônica incluídos na força de trabalho; - no sistema de saúde, oferecendo serviços de saúde curativos para, por

	exemplo, oferecer cuidados a mais, “extras” para pessoas dos grupos socioeconômicos mais baixos.
Autor citado	Stronks K.
Graham	<p>Ações focalizadas nos grupos mais pobres, embora não sejam suficientes; ações que tenham como alvo atingir as diferenças nos padrões, estilos e chances de vida relacionadas às posições socioeconômicas desiguais.</p> <p>A estrutura das inequidades sociais deve ser o foco.</p> <p>Efeitos não intencionais podem legitimar as desvantagens econômicas.</p>
Autores citados	Graham H, Kelly MP.; Petticrew M., MacIntyre S.; Macintyre S, Petticrew M.; Benzeval M.
Diderichsen	<ul style="list-style-type: none"> - Na estratificação social em si, a exemplo da implementação de políticas para diminuição da desigualdade de gênero; - nas inequidades sociais, estabelecendo políticas para diminui-las, a exemplos daquelas que tenham diretrizes voltadas ao mercado de trabalho, à educação e ao bem-estar da família; - na estratificação social, promovendo avaliação sistemática do impacto de políticas econômicas e sociais incidentes nesse âmbito; - nos riscos, por meio de ações para evitar a exposição a eles, a exemplo do consumo do tabaco, da moradia insalubre, de trabalhos perigosos, respeitando o diferencial entre estratos sociais; - na vulnerabilidade diferencial, para preveni-la, a exemplo da que ocorre com o acesso à educação feminina; - no sistema de saúde, para prevenir consequências desiguais da doença, investindo em reabilitação para pessoas com potencial de resultados e no financiamento justo do sistema de saúde; - no contexto, por meio da implementação de políticas redistributivas, do fortalecimento de políticas sociais, em particular para os grupos mais vulneráveis, para que influenciem a coesão, a integração e o capital sociais.

Autores citados	Diderichsen F.; Whitehead M, Burström B, Diderichsen F.; Wagstaff, Adam; Whitehead M.
-----------------	---

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

Partindo de Grahan, a Comissão elegeu dois objetos para a ação: os determinantes sociais de saúde e a inequidade em saúde.

No entanto, atuar sobre os determinantes sociais, como apresentados no relatório, significa atuar sobre riscos.

A ação sobre as inequidades, por exemplo, pode ser implementada tomando como objeto a “posição social”, que determina a saúde a partir de fatores (materiais, psicossociais, comportamentais, biológicos, e relacionados ao sistema de saúde). Portanto, pode ser considerada ação sobre inequidades aquela que tome como alvo esses fatores ou ações que promovam a redução das distâncias entre os níveis de saúde. O quadro a seguir expõe a proposta de ação para os objetos das práticas da CSDH.

Quadro 6.11 – Descrição dos objetos da ação da CSDH

Objeto	Ação	Descrição
Determinantes sociais	Reduzir exposição.	Ações de combate a hábitos não saudáveis, como o fumo por exemplo.
Inequidade em saúde	Reduzir a distância entre os níveis de saúde.	Estabelecer padrões de vida (como alimentação, habitação) que aproximem os grupos mais pobres à maioria da população.
	Diminuir a distância entre o gradiente socioeconômico em saúde (coração da estratégia).	Elevar o nível dos determinantes sociais em direção aos níveis do grupo socioeconômico mais alto.

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

As estratégias escolhidas pela comissão se concentram em programas específicos para a população em desvantagem socioeconômica; para promover a redução da distância de saúde entre os estratos sociais e a abordagem universal das ações de saúde.

No plano das políticas, há quatro níveis de intervenção eleitos pela Comissão: o nível global/meio ambiente, com a finalidade de intervir na estratificação social; o nível macro, com a finalidade de reduzir a exposição aos agravos; o nível comunitário, com a finalidade de reduzir a vulnerabilidade; e o nível individual, com a finalidade de reduzir os danos provocados pelo adoecimento.

Ao final do capítulo, está presente uma discussão sobre universalidade e focalização das políticas sociais. A revisão bibliográfica apresentada destaca que a principal desvantagem das políticas de focalização é que demandam altos custos administrativos para identificar quem seriam os beneficiários, o que enfraquece a capacidade por serviços universais (referência citada pela Comissão Bartley, Plewes). O relatório sugere que há evidências de que onde houve políticas sociais que promoveram a redução da pobreza, a focalização teve apenas a função de cumprir a política universal. No entanto, a Comissão não expôs no texto como seria uma possível articulação entre as propostas de políticas universais e as de políticas e ações seletivas, no seu quadro de ação.

O quadro 6.12, a seguir, traz a síntese dos principais aspectos das ações propostas pela Comissão.

Quadro 6.12 – Principais aspectos das políticas, ações e estratégias propostas pela CSDH

Aspecto da ação	Descrição
Objeto	Inequidades em saúde. Determinantes sociais em saúde.
Estratégias	- Programas para a população em desvantagem; - fechar a distância (intervalos) de saúde entre os “piores” e os “melhores” grupos; - abordar o gradiente social de saúde (associação entre posição socioeconômica e saúde) entre toda a população (são complementares entre si).
Referências:	Stronks K.; Graham H.

Diretrizes/ dimensões-chave	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto; - ação intersectorial; - participação social e <i>empowerment</i>.
Níveis de ação das políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Globalização/meio ambiente: políticas que incidam na estratificação para reduzir inequidades e mitigar efeitos da estratificação; - políticas públicas (nível macro): reduzir a exposição a fatores prejudiciais à saúde de grupos em desvantagem; - “comunidade” (nível local): políticas para reduzir a vulnerabilidade de populações em desvantagem; - interação individual (nível micro): políticas para redução de consequências desiguais (sociais, econômicas e de saúde) das doenças.
Referências	Raphael D.
Ações decorrentes	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a equidade em saúde e os DsSS; - identificar evidências de intervenções de enfrentamento dos DsSS; - incluir equidade em saúde como objetivo das políticas de saúde e de outras políticas sociais.
Tarefas da CSDH	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar exemplos de sucesso de ações intersectoriais; - demonstrar como a participação da sociedade civil e de comunidades “afetadas” é essencial no sucesso da elaboração e implementação de políticas (empoderar a participação social confere <i>legitimidade</i> ética e sustentabilidade à agenda dos DsSS, após o trabalho da Comissão ser encerrado); - tomar cuidado com contextos específicos na elaboração de políticas.

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

As dimensões-chave para a ação da Comissão são: o contexto sociopolítico, a ação intersectorial e a participação e o *empowerment*. O “*empowerment*” é considerado estratégia central para operacionalização dos direitos, uma vez que é incorporado como instrumento que favorece a criação de condições sociais para grupos em desvantagem exercerem o controle sobre a própria saúde. No Quadro Conceitual, a origem do termo está relacionada ao repertório da educação popular de Paulo Freire e ao movimento das mulheres nos anos 1980.

Durante os anos 1990 houve uma despolitização do termo, que foi largamente utilizado por agências de desenvolvimento internacional, incluindo o Banco Mundial.

A Comissão rejeita o que chama de “deturpação” do termo, afirmando que o significado do mesmo está necessariamente vinculado ao controle efetivo, pelas “comunidades” marginalizadas e dominadas, sobre os processos políticos e econômicos que afetam o bem-estar. A participação é valorizada, mas há o questionamento sobre o processo de participação isolado ser capaz de permitir a redistribuição de recursos e de poder nos processos políticos. O documento também enfatiza que o processo de *empowerment* é inseparável dos princípios de responsabilidade do Estado (Solar, Irwin, 2010). Os quadros seguintes, 6.13 e 6.14 contém, respectivamente, a descrição das principais diretrizes/dimensões anunciadas e o detalhamento sobre o *empowerment*, como propostos pela Comissão.

Quadro 6.13 – Diretrizes/ dimensões-chave para o enfrentamento dos DsSS

Diretriz/ dimensão	Descrição
Contexto	Necessidade de estratégias que abordem o contexto (filosofias de governança, políticas sociais, ações baseadas em evidência). Políticas redistributivas: benefícios em dinheiro, impostos, serviços públicos subsidiados. Políticas trabalhistas: salário adequado, emprego seguro (formal?). Políticas de salário mínimo, taxaçoão progressiva, isonomia salarial entre homens e mulheres, financiamento público de saúde (de acordo com a possibilidade do Estado), educação e transporte públicos.
Referências:	Navarro V, Shi L.; Chung H, Muntaner C.; The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs; Whitehead M.; Raphael D.; Independent inquiry into inequalities in health (Acheson report); World Health Organization; Dahlgren G, Whitehead M.

Ação intersectorial	<p>Relação reconhecida entre parte ou partes do setor saúde e parte ou partes de outro setor, que tenha sido formada com o objetivo de operacionalizar ação para intervir em um problema ou para alcançar desfechos de saúde de forma mais efetiva, eficiente ou sustentável do que seriam alcançados pelo setor saúde isoladamente.</p> <p>Essa ação, aliada à participação social, pode aprimorar formas de governança; a ação intersectorial costuma estar relacionada a temas específicos, a grupos sociais-alvo, e a determinadas áreas geográficas.</p> <p>Há a ocorrência de conflitos de interesses entre os setores envolvidos.</p>
Referências:	<p>Dahlgren G, Whitehead M.; World Health Organization; World Health Organization e Rockefeller Foundation. (Intersectoral action for health: the way ahead. Report of the WHO/Rockefeller Foundation meeting on Intersectoral action for health); Meijer E, Stead D.; Challis et al.; Shannon MA, Schmidt CH.; Winchester L.; Muntaner et al.; Stronks K, Gunning-Schepers L.</p>
Participação social e <i>empowerment</i>	<p>Significados da participação: acesso à informação, realização de consulta às comunidades “afetadas” por questões que se quer atingir, envolver, colaborar e “empoderar” (International Association for Public Participation).</p> <p>Empowerment: componente central para a operacionalização do direito à saúde; possibilita ao indivíduo liberdade para a escolha do sentido de sua vida e a criação de condições sociais para que os indivíduos tenham o controle sobre suas vidas.</p> <p><i>Empowerment</i> não está separado na responsabilidade do Estado na garantia de direitos e na justa distribuição de bens materiais e sociais entre os grupos populacionais.</p>
Referências:	<p>Yamin A.; Ball T.; Stewart A.; Quiroz S.; Young IM.; Cited in Wartenberg T ed.; Fay B cited by Ball T.; Luttrell C, Quiroz S with Scrutton C, Bird K. Rowlands J.</p>

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

Quadro 6.14 – Elementos do *empowerment* como ação de enfrentamento aos DsSS

Elementos	Descrição
Público-alvo	Comunidades em desvantagem
Finalidade	Promover o protagonismo das comunidades para definir a própria saúde
Definição/“essência” do termo (segundo a Comissão)	Atingir elevada habilidade por comunidades marginalizadas e oprimidas, para controlar os processos chave que afetam suas vidas
Responsável	Estado é responsável por criar espaços e condições de participação que habilitem comunidades marginalizadas e vulneráveis
Justificativas	<ul style="list-style-type: none"> - Éticas e relacionadas aos direitos humanos - direito de participação ativa na formulação de políticas (valores). - pragmáticas – relacionadas aos desfechos de saúde
	People’s Health Movement.
Origens do termo “ <i>empowerment</i> ”	<ul style="list-style-type: none"> - Educação Popular (Paulo Freire): conscientização; - movimentos de mulheres. <p>O neoliberalismo despolitizou o uso do termo na década de 90, sendo o seu uso utilizado como substituto de mudança política. Passou a ser termo corrente de agências multilaterais, como o Banco Mundial.</p>
Autores citados	Luttrell C, Quiroz S with Scrutton C and Bird K.
Posição da Comissão	O termo é inseparável da ligação com a conquista do controle efetivo sobre o processo econômico e político que afetam o bem-estar de comunidades marginalizadas e dominadas. Esta capacidade pode ser importante critério de avaliação das políticas de enfrentamento aos DsSS.

<p>Níveis de <i>empowerment</i></p> <p>- cada nível é pré-requisito para os seguintes, segundo Longwe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação de necessidades básicas; - acesso igualitário à educação, à terra e ao crédito; - conscientização e sensibilização para a identificação da discriminação estrutural e institucional; - participação e mobilização da capacitação para igualdade na tomada de decisões; - nível de “controle”: indivíduos podem tomar decisões, são reconhecidos e recompensados (controle dos indivíduos sobre as decisões).
<p>Autores citados</p>	<p>Quiroz S.; Luttrell C, Quiroz S with Scrutton C, Bird K.; People’s Health Movement; International Association for Public Participation; Longwe, S.</p>

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

A figura a seguir, reproduzida do documento estudado, apresenta a síntese das ações da CSDH.

Figura 3 – Quadro de ações para enfrentamento das inequidades dos DsSS da CSDH

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

6.3 SÍNTESE DE ASPECTOS TEÓRICOS E PROPOSTAS DE AÇÃO

No documento analisado, a maior parte dos elementos da abordagem teórica apresenta relação explícita com as ações propostas, a exemplo dos direitos humanos e *empowerment*. Apesar da governança não estar nomeada como ação específica no elenco de propostas da CSDH, sua descrição demonstra que seria um meio de ação, pode ser espaço de participação da sociedade civil, e no campo das propostas está relacionada à ação intersectorial.

O quadro 6.15, a seguir, expõe a relação entre os elementos destacados pela Comissão, o papel que desempenham na formulação teórica do processo de saúde, e a ação correspondente.

Quadro 6.15 – Elementos destacados, abordagens teóricas e valores selecionados: implicações para a compreensão do processo de saúde no marco dos DsSS e ações correspondentes

Elemento presente no quadro	Implicações na compreensão do processo de saúde	Ação proposta
Contexto	Determina estratificação. Determina a saúde indiretamente e também é determinado por ela.	Governança – ação intersetorial.
Estratificação Social	Determinante estrutural. Determina a saúde indiretamente e também é determinada pela ela.	Ações sobre a estratificação.
	O determinante abriga os elementos classe, prestígio e poder.	<i>Empowerment</i> - ação sobre a distribuição de prestígio e poder.
Determinantes intermediários	Fatores e circunstâncias que determinam diretamente a saúde	Ações para reduzir a exposição a riscos
Capital social/ coesão social	Determinante transversal	Empowerment - ações para reduzir a vulnerabilidade.
Direito humanos	Valor	Empowerment - ações para reduzir vulnerabilidade.
Teorias de poder	Poder - elemento da estratificação social. Poder - ação coletiva e consciência individual. Teorias criativas de poder relacionadas com os direitos humanos.	Empowerment - ações para distribuição do poder e efetivação dos direitos humanos, para reduzir vulnerabilidade.
Perspectiva do curso de vida (mecanismo)	Riscos acumulados ao longo da vida Exposição a riscos em períodos críticos tem consequências futuras.	Diminuir exposição a riscos. Ação direcionadas aos ciclos etários, a exemplo da primeira infância.

Seleção social (mecanismo)	Consequência da doença para a posição social do indivíduo e para o contexto socioeconômico.	Ações de reabilitação focalizadas, para diminuir prejuízos econômicos e sociais da doença.
Causação social (mecanismo)	Mecanismo intermediário entre o fator principal, a estratificação, e o desfecho (determinantes intermediários).	Ações para reduzir exposição a riscos.

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

Boa parte das ações propostas tem como destino as “comunidades” em desvantagens, mas não há no texto a definição do termo comunidade. O objetivo declarado das ações é de reduzir inequidades em saúde, mas não há neste documento a sinalização de metas para serem perseguidas. No plano político não foi identificada intencionalidade de projeto coletivo e de sociabilidade. A finalidade das ações tem como horizonte a liberdade de escolha individual.

O quadro abaixo apresenta uma síntese do plano político das ações propostas pela CSDH.

Quadro 6.16 – Público, meta da ação e “horizonte” pretendido nas ações propostas

Elemento	Descrição	
Público principal	Comunidade	Não há definição do termo, mas há qualificadores: marginalizadas, afetadas, em desvantagem, dominadas, oprimidas, vulneráveis.
Objetivo das ações	Reduzir a inequidades em saúde	Verbos utilizados em relação aos objetivos das ações para enfrentamentos dos DsSS ou das inequidades em saúde: <i>palliate, mitigate, reduce</i> . Não há metas estabelecidas.
Projeto político	Agency/ Function Livre-arbítrio individual	Acesso a bens e oportunidades para instrumentalizar a liberdade de escolha. <i>Empowerment</i> efetiva liberdade para o indivíduo decidir o sentido de sua vida.

Fonte: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados encontrados serão analisados, a partir do marco teórico da Saúde Coletiva, pela perspectiva do materialismo histórico dialético. Os eixos principais são a construção teórica e a proposição prática da CSDH. Na análise, pretende-se demonstrar as principais divergências entre a teoria da Determinação Social do Processo de Saúde e a construção teórica da CSDH sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Apesar da semelhança na nomenclatura, as duas perspectivas são, em essência, distintas.

7.1 PRINCÍPIOS DA COMISSÃO E A QUESTÃO DA DESIGUALDADE

Segundo a Comissão, a saúde é um valor, pois proporciona bem-estar. A saúde ainda habilita as pessoas para a ação (“*agency*”), assim como a ação também é causa da saúde. Para Teoria da Determinação Social, a saúde é um processo simultaneamente biológico e social, cujos desfechos estão determinados por desgastes e fortalecimentos advindos do trabalho e do consumo.

O quadro a seguir sintetiza as principais distinções sobre a desigualdade em saúde segundo a teoria dos determinantes sociais em saúde e a teoria da determinação social em saúde.

Quadro 7.1 – Desigualdade em saúde segundo as perspectivas dos DsSS e da DSS

Aspecto	DsSS	DSS
Denominação	Inequidade em saúde	Desigualdade social
Definição	Diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis em saúde entre grupos populacionais definidos ocasionalmente.	Desigualdade em saúde é expressão da desigualdade estrutural das formas de trabalho e vida das classes sociais no modo de produção capitalista.
Gênese	Falha na governança.	Necessidade do modo de produção capitalista que produz e reproduz as classes sociais, pelo princípio da propriedade dos meios de produção.

Resultado	Expressões no corpo individual, consequências de fatores de risco ou de vulnerabilidade do grupo social.	Desgastes dos grupos sociais (diferentes formas de adoecer e morrer dos grupos sociais), consequência da inserção do grupo na reprodução social (diferentes potenciais de desgaste/fortalecimento).
Problema	Desabilita as pessoas para agir (<i>“function”</i>).	Manutenção da desigualdade.

Fonte: autoria própria.

O tratamento dado à “desigualdade em saúde” no relatório despolitiza a questão. A denominação “inequidade” desvia do conteúdo a ideia de *desigualdade*, que é substituída por *diferenças*, e por isso “escapa” da relação contraditória entre os grupos sociais.

Na definição de inequidade da CSDH, os grupos sociais podem ser definidos de várias formas: socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente. No entanto, qualquer uma destas dimensões só pode se realizar socialmente e é resultado de relações sociais. Esta fragmentação expressa uma tendência em obscurecer a essência das relações sociais estabelecidas no capitalismo. Da mesma forma, a causa da “inequidade” é atribuída à “falha da governança”, tratando a posição social individual de forma acidental, omitindo o questionamento de porque o acesso aos bens é negado.

Segundo a perspectiva dos DsSS, o resultado da inequidade em saúde - a perda da ação individual (*“function”*) - se realiza apenas na dimensão individual e reflete uma ideia mecânica e funcional do processo social. Obviamente, as sequelas das doenças e agravos têm grande importância para os indivíduos e famílias que as vivem. Contudo, reduzir as consequências da desigualdade à perda da “função” demonstra uma compreensão eminentemente biológica do processo de saúde, em que um ser humano destituído de história é resumido à sua funcionalidade. Por sua vez, a valorização da funcionalidade biológica vai ao encontro da necessidade da produção na sociedade capitalista, em que o trabalhador depende exclusivamente da venda de sua força de trabalho para sobreviver.

A equidade em saúde, fundamento ético da Comissão, é definida, portanto, em oposição à inequidade em saúde. O marco ético colocado poderia ser válido, na medida em que afirma uma espécie de “limite” para a desigualdade social. Porém, fica a dúvida sobre o que seriam diferenças evitáveis ou remediáveis. Qual é o critério para classificar as diferenças? O que seriam “diferenças justas” do ponto de vista social?

Da mesma forma, a menção feita pela Comissão ao referencial dos Direitos Humanos afirma que a partir deste ideário pode se defender um padrão de vida necessário para ter saúde, mas não define qual é este padrão de vida. Este se refere aos mínimos recursos que podem responder a necessidades de sobrevivência? Ou, para além disso, aponta para um padrão de vida que não reduza o tempo de vida ao tempo trabalhado com a finalidade de manter a vida?

Essa ausência de definição indica a falta de uma perspectiva de projeto coletivo, como um “horizonte” a ser perseguido; ou ao menos, a ausência de posicionamento sobre este.

7.2 ORIGENS E MANIFESTAÇÕES DA DESIGUALDADE EM SAÚDE SEGUNDO A CSDH

O documento afirma que tem como objetivo responder às questões sobre a origem das diferenças de saúde entre os grupos, suas “raízes mais profundas” e os caminhos pelos quais as diferenças se manifestam. À estratificação social é atribuída a origem das diferenças de saúde entre os grupos sociais e suas raízes mais profundas se encontram no contexto (governança, políticas macroeconômicas, políticas públicas e sociais e cultura e valores sociais). Além de determinar as diferenças de saúde, a estratificação social é, ao mesmo tempo, um determinante estrutural em si. Ao atribuir à estratificação social um caráter duplo, pois é um determinante social da saúde e um determinante da inequidade em saúde, a Comissão “atomiza” a categoria convertendo-a em mais um fator, descolando-o do “contexto”.

Portanto, não se pode considerar que a Comissão responda às questões sobre a origem e as raízes mais profundas das diferenças de saúde.

O contexto sociopolítico no qual se encontrariam as raízes mais profundas da desigualdade é definido como: “broad term that refers to the spectrum of factors in society that cannot be directly measured at the individual level” (Solar, Irwin, 2010, p. 25). O contexto influencia os padrões de estratificação social e por isso as oportunidades de saúde. Os mecanismos pelos quais o contexto gera e mantém a hierarquia social são, segundo a Comissão, o mercado de trabalho, o sistema educacional e o Estado de Bem-estar Social. No documento também há a exposição sobre pesquisas que relacionam o contexto político com desfechos de saúde, como os estudos de Vicente Navarro.

Na abordagem do nível “macro” não há menção, porém, para a divisão internacional do trabalho e as relações econômicas entre os países e como estas determinam o mercado de

trabalho e suas contradições nos hemisférios norte e sul. Por isso, também não se questiona as razões pelas quais o Estado de Bem-estar Social se efetivou predominantemente em países europeus e como foi viabilizado pela superexploração da força de trabalho dos países de economia periférica.

Apesar de mencionar o neoliberalismo na seção de trajetória histórica das ações sobre os DsSS (seção 2), o documento não aborda o neoliberalismo no contexto e sua influência na “governança”. No quadro explicativo dos determinantes estruturais, a governança encontra-se sobreposta à política macroeconômica, determinando-a.

A definição de governança escolhida pela Comissão apresentada no 5.5, afirma que esta é um sistema de valores, políticas e instituições que administra as decisões políticas, econômicas e sociais, através da interação entre Estado, sociedade civil e setor privado. A concepção sistêmica aliada à ideia implícita de igualdade entre Estado, sociedade civil e o mercado, cuja relação é de *interação* e não de disputa política, revela a recusa da Comissão em considerar as contradições advindas da desigualdade de forças entre estas esferas.

Como consequência, não se estabelece a relação do contexto sociopolítico com a estratificação social. O documento aponta que a estratificação social é determinada pelo contexto sociopolítico econômico. Para a leitura materialista histórico-dialética, entretanto, o contexto é expressão das relações entre as classes sociais dentro do modo de produção num determinado período histórico.

A noção de estratificação social exposta no documento indica que não há uma compreensão sobre (ou uma preocupação em compreender) a clivagem social, pois é apenas uma forma de ranquear hierarquias sociais, independente do atributo que é tomado como conteúdo do ranqueamento: “stratification is used in sociology to refer to social hierarchies in which individuals or groups can be arranged along a ranked order of some attribute” (Solar, Irwin, 2010, p. 28).

Apesar de não explicitar o motivo pela opção da perspectiva weberiana, depreende-se, pela breve exposição do conceito weberiano de posição socioeconômica, que este vai ao encontro com a *tentativa* de imparcialidade da Comissão ao tratar da desigualdade. Os eixos da estratificação weberiana – classe, *status* e poder – também desempenham a função de fatores que explicam a segregação social como resultado de uma soma de causas distintas entre si e não de uma totalidade.

Segundo o documento, o *status*, a partir da teoria weberiana, é definido como prestígio e honra na vida social e está associado com acesso a “chances de vida”, através da família, estilo de vida e redes sociais. A ideia de chances, ou *oportunidades*, equacionada por

múltiplas causas, confere um caráter casual e imprevisível, mas ao mesmo tempo, responsabilizador do indivíduo ou da família pela “posição socioeconômica”. Não se tratando de um eixo material que explica a estratificação social, a possibilidade de atuação do sujeito se amplia e, conseqüentemente, a mobilidade social. Como será exposto adiante, a noção de protagonismo individual é coerente com as ações propostas pela Comissão.

Segundo a Comissão, Marx e Weber são os principais autores nos estudos sobre posição socioeconômica. A conceituação de classe social presente no documento admite, ainda que superficialmente, sua natureza relacional e o desgaste advindo das relações no trabalho, embora analisadas mais da perspectiva de relações de poder do que da relação entre os que têm a posse dos meios de produção e os que têm apenas a posse da força de trabalho:

The extent of an individual's legal right and power to control productive assets determines an individual's strategies and practices devoted to acquire income and, as a result, determines the individual's standard of living. Thus the class position of “business owner” compels its members to hire “workers” and extract labour from them, while the “worker” class position compels its members to find employment and perform labour. (...) It is not defined according to an order or hierarchy, but according to relations of power and control (...) Class, in *contrast to stratification*, indicates the employment relations and conditions of each occupation (...). According to Wright, power and authority are “organizational assets” that allow some workers to benefit from the abilities and energies of other workers. The hypothetical pathway linking class (as opposed to prestige) to health is that some members of a work organization are expending less energy and effort and getting more (pay, promotions, job security, etc.) in return, while others are getting less for more effort (Solar, Irwin, 2010, p. 33, grifo nosso).

No entanto, o quadro conceitual exposto no documento mantém a categoria classe social subordinada à estratificação (e à posição socioeconômica weberiana), mesmo anunciando o contraste da primeira com a segunda. Classe social é referida como mais um “fator” dentro da estratificação social, ao lado de renda, ocupação, educação, gênero e raça/etnia. Assim, mesmo apresentando a categoria classe social numa direção com potencial explicativo da realidade, há no quadro conceitual um esvaziamento do seu conteúdo político, que identifica na exploração do trabalho (e suas conseqüências para a saúde) a fonte de riqueza e por isso, a contradição central necessária ao capitalismo.

Apesar de remeter à posição social, a ação dos determinantes sociais incide no âmbito individual e o coletivo fica oculto. Ademais, a classificação da classe social como variável (ver seção 5.1.4) e não como categoria analítica, permite sua incorporação à epidemiologia linear, aparentando um avanço para uma epistemologia com inspiração crítica, mas conservando sua essência causalística.

Os níveis nos quais as “variáveis” atuam - individual, doméstico e “*neighborhood*”- contribuem independentemente com os desfechos de saúde, representando dimensões isoladas, que parecem não constituir a mesma realidade sócio-histórica. Essa configuração

permite que tanto as variáveis, quanto os níveis em que estas se apresentam, prontamente sirvam como objeto da probabilística dos riscos. Para a determinação social, a família participa da mediação entre o indivíduo e sua classe social. A forma da ocupação do território que decide o bairro onde as famílias habitam, os recursos sociais que podem ser acessados e a sociabilidade nele engendrada, é resultado das disputas entre as lutas sociais e o setor imobiliário, mediadas pelo Estado, considerando que o espaço social também é uma mercadoria.

Segundo o documento, a dimensão “poder” da estratificação conceitual weberiana está relacionada ao contexto político, mas o texto não apresenta as implicações desta relação.

Os elementos dos determinantes estruturais, educação, ocupação e renda - considerados como variáveis -, são tratados no âmbito do acesso individual, e não pelas perspectivas da reprodução social e da divisão social do trabalho.

Following these considerations, education is typically acquired first over the life course. Education contributes to occupational class position and through this to income. The effect of education on income is assumed to be mediated mainly through occupation (Solar, Irwin, p. 29-30).

Dentro da construção teórica dos determinantes sociais, a educação é um fator com impacto sobre o início da trajetória individual, de acordo com a perspectiva do curso de vida (ver quadro 6.3). Para a teoria marxista, no entanto, a educação (ou a negação do acesso a mesma) está a serviço da reprodução das classes sociais. É a inserção de classe, mediada pela família do indivíduo, que marca a biografia individual, e não a educação como “fator” que interfere em outros “fatores” como ocupação ou renda.

Como já apresentado, segundo o documento estudado, o contexto sociopolítico e a estratificação social constituem os determinantes estruturais que, por sua vez definem determinantes intermediários, que são consequências dos primeiros. Os determinantes intermediários são *fatores* que determinam a saúde diretamente, enquanto os determinantes estruturais determinam a saúde indiretamente. Para a Saúde Coletiva, no entanto, as dimensões trazidas como determinantes intermediários são consequência das relações sociais estabelecidas no modo de produção capitalista e sua reprodução.

Os determinantes intermediários parecem estar fundamentados nos modelos teóricos apresentados pelo documento: a abordagem psicossocial e produção social da doença (posição neomaterialista) (ver quadro 6.2). A abordagem psicossocial de Cassel introduz a ideia de vulnerabilidade que, por sua vez, tem um caráter essencialmente biológico, identificando o indivíduo como *hospedeiro* que tem sua suscetibilidade afetada pela ação do estresse, advindo do “ambiente social”, no sistema neuroendócrino. Esta abordagem está claramente filiada à

escola da História Natural da Doença, sendo uma versão “psicossocial” do que habitualmente foi aplicado às doenças transmissíveis, compreendendo a doença como resultado da interação entre ambiente, no caso o “ambiente social”, agente, no caso o “estresse”, e o hospedeiro.

O modelo da produção social da doença, por sua vez, relaciona a saúde ao acesso a renda, bens e serviços, e relaciona a disponibilidade destes recursos aos “determinantes econômicos e políticos”. Porém, se além às questões mais aparentes da vida social, que não deixam de ser verdadeiras, mas não explicam a essência - que a desigualdade do acesso aos bens é originada nas relações de produção.

As circunstâncias materiais são designadas como o determinante intermediário mais importante. No entanto, o documento não estabelece a conexão entre os “fatores” destacados e o contexto sociopolítico, cumprindo o papel de fatores de risco, como o próprio documento afirma: “depending on their quality, these circumstances both provide resources for health and contain health risks” (Solar, Irwin, 2010, p. 37). As condições de trabalho de cada “estrato social” são consideradas também como fatores de risco, numa perspectiva aritmética de acumulação de riscos e não como consequência da relação social entre proprietários e da classe que vive do trabalho:

There are clear social differences in physical, mental, chemical and ergonomic strains in the workplace. The accumulation of negative environmental factors throughout working life probably has a significant effect on variations in the general health of the population, especially when people are exposed to such factors over a long period of time. Main types of hazards at the workplace include physical, chemical, ergonomic, biological and psychosocial risk factors (Solar, Irwin, 2010, p. 37).

Ou seja, não se problematiza que as condições de trabalho estão relacionadas à desvalorização do trabalhador, ao trabalho degradado e à realização da produção, tendo a obtenção de mais-valia como sua finalidade exclusiva. Também se omite que as diferenças nas condições de trabalho estão inseridas num contexto de divisão social do trabalho, que subordina o trabalho predominantemente manual, desenvolvido por sujeitos de classes mais precarizadas, ao trabalho intelectual. A abordagem das condições de trabalho como “fatores ambientais” expressa a negligência com, ou a não intencionalidade de abordar, as relações de trabalho.

Chama atenção, por exemplo, que o relatório recorra ao *fator* “vizinhança”, ignorando o conceito de território, esvaziando o conteúdo político da construção sócio-histórica de espaço como ocupação heterogênea das áreas urbanas, subordinada à segregação social e coordenada pelo movimento da especulação imobiliária que, em grande parte, conta com a participação ativa do Estado.

O Sistema de Saúde também é sinalizado como um fator do determinante intermediário, o de “circunstâncias materiais”. Mesmo afirmando que não há embasamento teórico para essa inclusão, pois a relação entre acesso ao serviço de saúde e posição social não explica o “gradiente de saúde”, o Sistema de Saúde é assim descrito, pela possibilidade de desenvolver ações de prevenção à exposição de riscos. Os instrumentos utilizados pelo Sistema de Saúde podem incidir na dimensão biológica, como vacinas, ou na dimensão social, por meio de ações voltadas ao *empowerment* e à participação social. Pode-se concluir, então, que a presença do Sistema de Saúde como fator se justifica para ratificar o modelo da compreensão de que saúde deve ser alcançada evitando-se a exposição a riscos; portanto, ações que visem o *empowerment* podem ser interpretadas como mais um instrumento de controle de riscos.

Outro determinante intermediário é constituído pelos fatores comportamentais e biológicos. Agrupa características de natureza biológica, como a genética, com outras de natureza comportamental, como hábitos e comportamentos de consumo, que carregam a conotação de ser fruto de escolhas individuais.

O documento não explicita o motivo desses “fatores comportamentais e biológicos” serem agrupados conjuntamente num determinante intermediário. No entanto, pode-se interpretar que estejam sendo tomados a partir da perspectiva funcionalista sobre a dimensão dos comportamentos individuais. Segundo a Teoria da Determinação Social do Processo de Saúde, os hábitos de vida se encontram na esfera do consumo de bens produzidos (subordinado às formas de trabalhar). Portanto, ações nesse âmbito, dos hábitos, devem ser planejadas para expor esse aspecto do bem consumido, superando a perspectiva de controle dos sujeitos à exposição a riscos.

O documento da Comissão dos DsSS admite que o consumo se dá de forma diferente nas classes sociais, mas nem tangencia a essência desta diferença, que é fruto da desigualdade de classes. Quando relaciona, ainda que parcialmente, a desigualdade dos indicadores de saúde, atribui essa desigualdade às diferentes “experiências e situações de vida” que os sujeitos estão expostos, como descreve o texto abaixo:

different social groups are exposed in different degrees to experiences and life situations that are perceived as threatening, frightening and difficult for coping in the everyday. This partly explains the long-term pattern of social inequalities in health (Solar, Irwin, 2010, p. 38).

Essa explicação naturaliza as desigualdades sociais e é similar à atribuição das condições de saúde a diferentes estilos de vida. O documento atribui os padrões de saúde às formas de vida e, ao não analisar as razões das desigualdades, ou das diferenças sociais, como

consta do documento, as desiguais condições de saúde podem ser atribuídas a características individuais, de sujeitos ou famílias.

A outra questão que o documento pretende responder diz respeito aos mecanismos e caminhos que resultam nas diferenças do estado de saúde entre a população. O mecanismo da causação social corresponde no quadro final elaborado pela Comissão aos determinantes intermediários. Já os mecanismos da seleção social e da perspectiva do curso de vida não são considerados pela Comissão como “caminhos”, mas sim, resultados do processo de saúde.

Merece destaque o “mecanismo” da seleção social que é decisivo no quadro final da Comissão, por conferir circularidade entre o adoecimento e a “posição socioeconômica”. A doença individual impacta simultaneamente, sobre o contexto sociopolítico e sobre a estratificação social (figura 2).

A forma circular do quadro é bastante frágil do ponto de vista teórico, não apenas por assumir que faltam evidências para o que chamam de seleção social, mas sobretudo por justificar a desigualdade social a partir do adoecimento. Grandes epidemias, de fato, podem ter impacto socioeconômico; entretanto, a relação direta entre doença e a estratificação social só pode ser estabelecida omitindo que a exploração da força de trabalho é a fonte da riqueza e da renda na sociedade capitalista.

A insistência na “seleção social” por parte da Comissão, no entanto, é coerente com a valorização da ação individual (“*function*”, “*agency*”), demonstrada na defesa do documento por “políticas *ativas*” para o emprego, (que reforçam a responsabilidade exclusiva do desempregado em conseguir trabalho) e na denominação de medidas de proteção ao trabalhador, como o seguro-desemprego, como “políticas *passivas*”. Assim, se os agravos e doenças do indivíduo influenciam no contexto sociopolítico e na posição socioeconômica, a responsabilidade pela saúde, e consequentemente pela posição social, deve ser assumida pelo indivíduo e pela família.

Por isso, apesar de o documento fazer menção, em várias partes do texto, à responsabilidade do Estado em assegurar o Bem-estar Social, a Comissão, em essência, não se contrapõe à culpabilização do indivíduo. Ao contrário, pode se dizer que implicitamente o documento é cúmplice da ideologia meritocrática.

A perspectiva do curso de vida, por sua vez, reitera a prática de saúde predominante fundamentada na lógica funcionalista e organizada para atuar na prevenção da exposição a *riscos* (modelo de “acumulação de riscos”), em diferentes etapas, ou ciclos, de vida (modelo dos “períodos críticos”). O modelo de “acumulação de riscos” reafirma a perspectiva fatorial da Comissão, amparada na epidemiologia dos riscos.

A perspectiva do curso de vida, em ambos os modelos, é útil para a preocupação da Comissão em manter os indivíduos funcionais e produtivos, como bem ilustram os exemplos fornecidos no quadro 6.3.

Outro elemento presente no quadro explicativo sobre os determinantes sociais é o determinante transversal, que unifica capital social e coesão social (ver quadro 6.8). O documento apresenta brevemente abordagens teóricas destes elementos, inclusive menciona uma abordagem crítica sobre estas categorias (que nega a possibilidade de capital e coesão social no capitalismo e afirma que estes elementos ao despolitizar as relações sociais despolitiza o papel do Estado nas políticas sociais).

A posição assumida pela Comissão reafirma a responsabilidade do Estado, mas defende que o determinante “capital social” é capaz de analisar a relação entre instituições e qualidade de vida, e se desenvolve pela participação do cidadão e pelo *empowerment*. No entanto, não apresenta qual é o papel desse determinante nos desfechos de saúde.

Capital social e coesão social, centrados na participação individual e no *empowerment*, são descritas como categorias pela Comissão e são insuficientes para responder à divisão de classes baseada na dissociação entre trabalho e meios de produção e, consequentemente, entre trabalho e os produtos do trabalho.

Uma vez que a cisão social estabelecida pela sociedade capitalista não pode ser remediada por relações institucionais e pela ação individual, capital e coesão social são, por conseguinte, um artifício - com construção teórica frágil - utilizado na tentativa de prover unidade aos diversos elementos apresentados e de justificar o *empowerment*.

A forma final do quadro explicativo dos determinantes sociais é baseada, segundo a Comissão, no modelo de Didericshen (quadro 6.2). A estratificação social determina diferentes níveis de risco e de vulnerabilidade individuais, assim como diferentes desfechos de saúde. Os desfechos de saúde atuam na circularidade: a doença tem consequências no contexto social, que por sua vez determinou a estratificação.

Diante do exposto, a construção teórica apresentada pela CSDH não expressa um modelo que afirma a determinação social do processo de saúde. Ao contrário, os determinantes sociais de saúde oferecem uma interpretação multicausal do processo de saúde. A multicausalidade é explícita na função atribuída aos determinantes intermediários, que influenciam diretamente na saúde, e são definidos como fatores. Ao mesmo tempo, as diversas abordagens teóricas utilizadas pela Comissão – expostas como complementares entre si - servem como fatores, que ao serem agregados, compõem a “noção” causal de saúde-doença. Os diversos fatores apresentados, de natureza social (e em muitos casos funcionalista)

ou biológica, se reúnem em somatória (como na perspectiva acumulativa do curso de vida); não rompendo com a epidemiologia que se ampara na probabilística.

Não há nenhuma inovação significativa no quadro conceitual da CSDH. O risco e a vulnerabilidade em nada diferem da formulação do agente e do hospedeiro. Há, no máximo, uma incorporação limitada de *variáveis sociais*, que compoem fragmentariamente um *ambiente social*.

A fundamentação teórica apresenta muitas fragmentações, pertencentes aos vários elementos teóricos apresentados: determinantes estruturais, incluindo a divisão interna da estratificação, determinantes intermediários, fatores internos de cada determinante intermediário. Cada fator, entretanto, tem possibilidade de atuar isoladamente. Por exemplo, o contexto por si só tem impacto causal direto com a epidemia de HIV na África, assim como a condição epidemiológica é mais um fator do contexto. Categorias essenciais da teoria da Determinação Social, como classe social, são utilizadas como variáveis da epidemiologia do risco.

Há a necessidade de muitos artifícios teóricos, aparentemente sem relação entre si, para unir a diversidade de definições e classificações utilizadas. As abordagens teóricas, declaradas como complementares entre si pela Comissão, atuam como fatores isolados na composição do quadro conceitual. Quando o documento busca considerar a totalidade, esta é feita de forma circular e mecânica, mas concentra-se apenas na pobreza e não na geração da riqueza (que está na raiz da pobreza) e acaba por ocultar a contradição essencial das relações sociais na sociedade capitalista.

7.3 AÇÕES PROPOSTAS PELA CSDH

A CSDH afirma que o objeto das ações propostas são os determinantes sociais e a inequidade em saúde. No caso da inequidade - o coração da proposta, segundo o documento - a principal estratégia é aproximar a distância que existe entre o gradiente socioeconômico, por meio da elevação do nível dos determinantes estruturais dos grupos socioeconômicos mais baixos, como renda e educação. Outra estratégia proposta é a de elevar o gradiente de saúde desses grupos, tomando como parâmetro padrões de grupos sociais mais “altos” como, por exemplo, o padrão alimentar.

Em ambos os casos, a proposição é a de que as ações incidam sobre fatores de risco. Mesmo considerando que políticas com diretrizes que incidam sobre uma melhor distribuição de renda e sobre acesso mais universal à educação formal sejam, sem dúvida, importantes (apesar de insuficientes para responder à desigualdade entre as classes) o documento não

expõe como estas políticas podem ser viabilizadas num contexto de retração do Estado para investimento nas políticas sociais. O texto também não indica qualquer tipo de diretriz por parte Comissão para que os Estados invistam nestas áreas.

No caso da atuação sobre o gradiente de saúde, a pretensão é o desenvolvimento de ações que tomem por objetivo o aumento desses gradientes - pela via do acesso a bens de consumo, como no exemplo da alimentação, ou pela via da adoção de semelhantes padrões comportamentais individuais considerados saudáveis, em grupos sociais diversos. Esta proposta apenas reitera as ações próprias do campo da promoção à saúde, de cunho multifatorial e de atribuição/responsabilização individual quanto ao aprimoramento dos gradientes de saúde, no que diz respeito à manutenção ou não de hábitos considerados não saudáveis, como, por exemplo, o consumo de tabaco, a exposição ao *stress*, a não realização de exercícios físicos, a ingestão de gordura ou sal, entre outros.

Da mesma forma, reduzir riscos é a finalidade das ações que atuam sobre os determinantes intermediários - os fatores que influenciam na saúde e a distância entre os indicadores de saúde de diferentes grupos sociais - confirmando a essência multifatorial da formulação.

Outra “opção” anunciada pela Comissão é reverter os efeitos do estado de saúde sobre a posição socioeconômica:

If bad health status leads to a worsening of people's socioeconomic position, inequalities in health might partly be diminished by preventing ill people from experiencing a fall in income, such as a consequence of job loss. An example would be strategies to maintain people with chronic illness within the workforce (Solar, Irwin, 2010, p. 51).

Esta opção revela a função concebida para os serviços de saúde, a de manter os indivíduos funcionais para o trabalho. Num contexto de precarização das relações de trabalho, que impõe intenso desgaste aos trabalhadores, a Comissão não menciona a necessidade de ações de seguridade social, para promover proteção ao trabalhador e sua família em caso de adoecimento, mantendo a renda e não prejudicando a posição socioeconômica.

A ação sobre os determinantes estruturais se dá, segundo a Comissão, sobre a “a globalização” e inclui como finalidade, além da redução da inequidade em saúde, mitigar os efeitos causados por ela. Porém não fica claro no documento como se operacionalizam ações sobre a “globalização”. No nível macro, das políticas públicas, as ações se restringem à redução da exposição a riscos. No nível local, as ações se concentram na vulnerabilidade das populações em desvantagem e, no nível individual, as ações já estão destinadas a minimizar as sequelas dos agravos já instalados (ver quadro 6.12). As finalidades da Comissão estão limitadas, em todos os níveis, a minimizar, reduzir, mitigar os efeitos da desigualdade social.

Nenhuma das ações, em nenhum nível, apresenta uma perspectiva de enfrentamento dessa desigualdade.

As diretrizes das ações da Comissão são o contexto sociopolítico, a ação intersetorial, a participação social e o *empowerment*. Estas diretrizes devem estar presentes em todos os níveis de ação.

Para incidir no contexto que gera inequidades, as ações devem ter evidências de efetividade, e são determinadas por diretrizes de políticas decididas na “governança”.

A presença de políticas como de redistribuição de renda, incluindo benefícios em dinheiro e taxação progressiva; políticas trabalhistas, como de emprego seguro, podem ter sua contribuição para a *mitigação* da desigualdade, bem como ser um registro importante para os movimentos que já lutam para conquistar políticas dessa natureza. Não há, contudo, nas responsabilidades próprias da Comissão (quadro 6.12) nenhum tipo de tarefa que remeta a algum tipo de pressão política, para que este tipo de estratégia possa ser viabilizado.

Apesar de defender a responsabilidade do Estado e o Estado de Bem-estar Social, ao propor o financiamento público do sistema de saúde, a Comissão o condiciona à capacidade financeira do Estado, deixando a política de saúde sujeita à instabilidade política e econômica, e até mesmo ao desejo dos governos de financiar ou não o sistema de saúde.

Já a diretriz da ação intersetorial está definida no documento como uma “relação” entre parte(s) do setor saúde e parte(s) de outros setor(es) e tem como objeto questões relacionadas à saúde. A ação intersetorial também tem a tarefa de em conjunto com a participação social, aprimorar a governança.

No entanto, se a saúde é definida no documento elaborado pela Comissão como resultado de “determinantes frutos do contexto sócio-político”, o objeto da referida ação deveriam ser os determinantes, e não questões com relação explícita com a saúde. A própria Comissão faz uma consideração a respeito de conflitos de interesses entre os setores (principalmente se a intersetorialidade envolver o setor privado). A restrição do objeto das ações a “problemas da saúde” pode favorecer as pactuações interssetoriais, abstendo-se das contradições inerentes à desigualdade social e desenvolvendo-as pela via estritamente institucional da governança.

Sobre a estratégia do *empowerment*, apesar de a Comissão apresentar uma parte das críticas ao tema, sua posição afirma que este é o único meio das “comunidades marginalizadas” conquistarem um controle efetivo sobre o processo econômico que afeta o bem-estar. Pelo exposto no documento, não está nítido como esse processo pode habilitar essas “comunidades” para tamanha conquista. O responsável por este processo

“empoderador”, segundo a Comissão, é o próprio Estado. Mas se o poder estatal é, como argumentado no capítulo 1, ancorado no poder das classes (e a classe mais poderosa é a classe dos proprietários), qual seria sua motivação em tirar estas “comunidades” da marginalidade?

O mais provável então é que esse processo de controle obtido por meio do *empowerment* alcance, no máximo, concessões que os detentores do poder estejam dispostos a fazer. Não há possibilidade de divisão do controle sobre o processo econômico que não seja por meio da luta de classes. Mas a Comissão absolutamente não admite esta questão. A própria denominação “comunidades marginalizadas” despolitiza a relação de exploração entre as classes sociais e as contradições decorrentes desta.

Os níveis de *empowerment*, segundo a Comissão, de autoria de Longwe (ver quadro 6.14) colocam a satisfação de necessidades básicas e o acesso à educação, à terra e ao crédito como pré-requisitos para a igualdade na tomada de decisões, instâncias estas em que o *empowerment* se efetiva. Mas estes pré-requisitos só podem ser atingidos com luta social, através de uma construção contraideológica que denuncie a propriedade privada dos meios de produção e a exploração do trabalho.

No entanto, como a Comissão passa ao largo destas questões, a diretriz do *empowerment* não pode ir muito além da responsabilização individual, ou mesmo “comunitária”, pela sua saúde. Esta crítica se confirma, afinal, o *empowerment* é uma diretriz que deve estar presente em todos os níveis de ação definidos pela Comissão. Boa parte das ações e, principalmente, o conjunto de ações com maior potencial de realização têm como objeto a exposição aos riscos e vulnerabilidade individual. Dificilmente as ações propostas pela CSDH ultrapassaram as intervenções sobre os comportamentos e estilos de vida individuais e familiares (mesmo que sua estratégia seja “coletiva”).

No documento estudado, as teorias de poder expostas (ver quadro 6.4) não estão relacionadas com o quadro conceitual dos DsSS e sim articuladas às ações de enfrentamento aos determinantes.

A Comissão apresenta o poder a partir de duas possibilidades: o poder como dominação e o poder como força criativa e coletiva. No caso do poder como dominação, o texto não considera como se configura o poder contemporâneo, suas características históricas e geopolíticas, nem como se dá sua concentração. Dominadores e dominados não são nomeados, são tratados como sujeitos anônimos, sem historicidade. O próprio poder é abordado como um elemento desprovido de conteúdo social. Não se pergunta qual é a finalidade da concentração de poder e como seus detentores tiveram êxito em atingi-la.

Em relação à perspectiva do poder como força coletiva, apesar da defesa da Comissão de sua necessidade para alcançar a “equidade”, a abordagem teórica é insuficiente para a compreensão de sua relevância histórica. Não são apresentadas as características das organizações e movimentos coletivos atuais, nem suas experiências. Apesar de Hannah Arendt ser apontada como autora crucial da perspectiva coletiva de poder, o documento não cita a obra bibliográfica da autora de maior relevância para a compreensão do tema, sinalizando descomprometimento com a fundamentação teórica que o tema exige.

Uma vez que o debate teórico não foi apresentado, pode-se inferir que o destaque em teorias de poder no quadro conceitual tem a finalidade de justificar e embasar, ainda que superficialmente, o *empowerment* como uma das principais ações, ou mesmo a principal ação, dentre as propostas pela Comissão.

O documento defende a criação de modelos alternativos de divisão de poder, mas não explica qual divisão de poder pretende alcançar e qual é a viabilidade de concretizar outra forma de divisão de poder, nos limites impostos pela configuração da sociedade atual.

Pela natureza fatorial da construção teórica da Comissão, todas as ações, independentemente da sua natureza, podem ser contabilizadas como ações sobre os DsSS. Ao que tudo indica, a aposta da Comissão consiste em tentar melhorar indicadores de saúde, sem encarar a desigualdade, ou mesmo, a “inequidade” social.

A finalidade da Comissão não é enfrentar com rigor a desigualdade social. O horizonte político da Comissão, ao contrário, direciona-se ao livre-arbítrio individual (quadro 6.16). O acesso aos bens não implica na construção de outra coletividade e pela busca da plenitude humana, e sim na liberdade de escolha individual. Assim como a “liberdade” oferecida pelo *empowerment* está em escolher o sentido da própria vida. Mas, neste contexto que reifica o trabalho e o consumo, quais são as opções disponíveis?

Para a Comissão há uma valorização da ação (“*agency*”) e da funcionalidade (“*function*”). Esta funcionalidade proporcionaria o livre-arbítrio para que o indivíduo decida qual o sentido de sua vida, o que demonstra a essência liberal do documento (quadro 6.16).

Para Marx, no entanto, é no trabalho que mulheres e homens podem se realizar em plenitude. Mas, em uma sociedade cuja riqueza é baseada na exploração do trabalho, num período de intensificação da precarização das relações de trabalho, qual o sentido da vida é possível? Quais as opções disponíveis? Ao menos para a *classe-que-vive-do-trabalho*, as “opções” se resumem ao desemprego e ao trabalho estranhado. O trabalho que o capitalismo oferece (pelo menos, na maior parte das vezes) é a renúncia da vontade própria e a perda de si mesmo.

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8.1 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Antes de iniciar a discussão das ideias do documento estudado, é necessário contextualizar brevemente a OMS.

A Organização Mundial de Saúde que institui a CSDH é uma agência internacional especializada, criada em 1946, que dirige e coordena a atuação internacional no campo da saúde. É membro do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), embora descentralizada desta. Conta com um regimento que permite uma potencial independência política (Ventura, Perez, 2014). Possui seis escritórios regionais (África, Américas, Ásia do Sudeste, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental) que devem “formular diretrizes para a respectiva região, bem como executar as decisões da sede, localizada em Genebra (Suíça), de cuja elaboração elas também participam” (Ventura, Perez, 2014, p. 47).

No site oficial da organização encontra-se a informação de que a OMS trabalha nas seguintes áreas: sistemas de saúde; doenças não transmissíveis (como câncer, doenças cardiovasculares, e condições de saúde mental); promoção da saúde através do curso de vida; doenças transmissíveis; “prontidão, vigilância e reação” em emergências; serviço de assessoria, ferramentas e recursos para disseminação da informação sobre saúde aos países membros (WHO, 2017).

Ventura e Perez (2014) afirmam que a OMS atravessa um momento de crise cujos elementos principais são:

a erosão do seu protagonismo; a escassez e a natureza do seu financiamento; os conflitos de interesse dos especialistas, que vieram à tona durante a gestão da pandemia de gripe A (H1N1); as dificuldades de comunicação; e os problemas de governança interna (p. 51).

Segundo as autoras, as dificuldades relativas ao protagonismo estão relacionadas com dificuldades financeiras da instituição, que datam da década de 1980. Na ocasião, a OMS sofreu críticas sobre a forte influência dos países do terceiro mundo dos países de economia central, em especial do Estados Unidos, “para quem essa OI deve ser um órgão técnico cujas atividades devem ser baseadas exclusivamente em evidências biomédicas” (Ventura, Perez, p. 52). Em consequência, a contribuição financeira dos estados membros diminui (incluindo o Estados Unidos) e no final da década de 1980, o Banco Mundial passa a ser o principal financiador.

Durante a primeira década dos anos 2000, passa a seguir a agenda das instâncias da ONU (como a Assembleia Geral e o Conselho de Segurança), o que resulta em: “parcerias mundiais com o setor privado industrial e os mecenas filantrópicos, cujos pesos político e

financeiro acarretam a imposição de suas próprias prioridades, ameaçando a autoridade e a independência da OMS” (Ventura, Perez, 2014, p. 52).

A autonomia da organização é comprometida e fica exposta a conflitos de interesse, pois as doações recebidas são “carimbadas”, ou seja, o doador define o destino específico do dinheiro. Chama atenção que, no biênio 2010-2011, a Fundação Bill e Melinda Gates foi a principal doadora voluntária da organização, superando as doações voluntárias do Estados Unidos (Ventura, Perez, 2014).

Assim sendo, Ventura e Perez (2014) afirmam que “é provável que a ampliação das atividades da OMS esteja mais relacionada ao desejo dos doadores do que à crença de que ela é o ator mais adequado para cumprir as novas tarefas” (p. 54). A origem dos recursos da OMS deve ser considerada na leitura sobre a abordagem que a Comissão faz do modo de acumulação econômica vigente.

8.2 A PROPOSTA DOS DsSS COMO RESPOSTA ÀS “DESIGUALDADES EM SAÚDE”

Dada as “limitações” políticas da OMS, cabe comentar brevemente sobre a origem dos autores utilizados como referência da CSDH.

Segundo Morales-Borrero et al (2013), a epidemiologia social anglo-saxônica desenvolveu-se na segunda metade do século XX, no contexto do Estado de Bem-estar Social, e teve como referência importante os estudos de Whitehall e o “*Black Report*” inglês. Almeida-Filho (2009) sustenta que, a partir início do século XXI, há uma revitalização nos países do norte da epidemiologia social, com inspiração teórica neodurkheimianas nos países do norte. O autor observa que:

o vetor central da produção teórica e empírica sobre determinação da saúde, doença e cuidado desloca-se para temas clássicos da pesquisa social em saúde, tais como estresse, pobreza e miséria, exclusão e marginalidade, incorporados à pauta de investigação como efeito de desigualdades sociais. Assim, a constatação de disparidades em condições de saúde, acesso diferencial a serviços assistenciais e distribuição de recursos de saúde em todos os países do mundo, independentemente do grau de desenvolvimento econômico e regime político, termina por fomentar um quase monopólio do tema ‘desigualdades’ na epidemiologia social contemporânea (Almeida-Filho, 2009, p. 350).

A consolidação da proposta de “determinantes sociais da saúde” se desenvolve a partir dos trabalhos de Whitehead, Marmot e Diderichsen e serve como referência principal aos documentos desenvolvidos para CSDH (Morales-Borrero et al, 2013). A produção latino-americana sobre a Teoria da Determinação Social da Saúde não é considerada na proposta dos DsSS.

Há uma significativa produção bibliográfica crítica ao modelo dos DsSS proposto pela Comissão, seja ao documento estudado (Conceptual Framework) (Solar, Irwin, 2010) ou ao Relatório Final de 2008 (CSDH, 2008).

Apesar de uma parte dos trabalhos considerar que a iniciativa da Comissão representa um avanço, por colocar em pauta as desigualdades em saúde (Borde, Hernández-Álvarez, Porto, 2015; Nogueira, 2009; Tambellini e Schütz, 2009; Arellano, 2008), a quase totalidade da produção teórica consultada dirige críticas ao funcionalismo e ao reducionismo presentes no construto teórico da Comissão (frutos da deficiência da análise social e histórica), ainda que partindo de diferentes perspectivas teóricas (Rocha, David, 2015; Borde, Hernández-Álvarez, Porto, 2015; Breilh 2008, 2010, 2013, 2014; Garbois, Sodré, Dalbello-Araujo, 2014; Morales-Borrero et al, 2013; Bañados, 2012; Birn, 2009; Navarro, 2009; Nogueira, 2009; Tambellini, Schütz, 2009; Arellano, 2008). Souza, Silva e Silva (2013) dirigem a mesma crítica ao trabalho da Comissão Nacional de Determinantes em Saúde.

No conjunto de autores que legitimam a proposta da CSDH, Zioni e Westphal (2007) afirmam com a desatualização da teoria da determinação social, que diante do fim da centralidade do trabalho²³, perdeu seu “caráter libertador”.

Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015), embora apontem e elogiem a cisão da Comissão em relação a posicionamentos anteriores da OMS, reconhecem que é “incompleta por conceber no atual modelo de sociedade a possibilidade de reverter iniquidades” (p. 845e 846). Para Arellano, Escudera e Carmona (2008), a Comissão reduz a desigualdade a um problema redistributivo, na medida em que omite a exploração do trabalho entre as classes sociais.

No que diz respeito à opção da Comissão pela estratificação social na perspectiva weberiana, vale ver a crítica que Mészáros (2008) faz da pretensão de neutralidade da teoria weberiana, que parte de uma definição de capitalismo como uma “cultura”, que tem o investimento de capital privado como princípio e enumera várias deficiências nesta definição. Entre estas, interessa aqui a escolha do termo “cultura” em lugar de termos como “formação social”, “modo de produção” e também, o fato que:

o pressuposto contido na definição de “*investimento de capital privado*” como o princípio norteador do capitalismo bloqueia de modo conveniente a questão absolutamente crucial do inter-relacionamento estrutural entre o capital e o *trabalho*. O termo conspicuamente ausente do tipo de discurso weberiano é, sem dúvida, “trabalho” (Mészáros, 2008, p.19).

²³A discussão que refuta as principais teorias sobre o fim da sociedade do trabalho encontra-se na seção 2.1 desta dissertação.

A definição do capitalismo e a ausência reveladora do trabalho no discurso weberiano são coerentes com a construção teórica da Comissão. O trabalho e a exploração do trabalho são, no máximo, um fator dentro de uma multiplicidade de fatores e estão subordinados à estratificação weberiana. Esta opção não é exclusiva da Comissão. Montañó (2014) ao abordar a substituição da “exploração” pela “exclusão” na linguagem dos projetos do “terceiro setor”, afirma:

há um esvaziamento da categoria “*classe social*”, que de uma perspectiva marxiana – fundada no lugar dos sujeitos no processo de produzir valores, numa relação salarial e de exploração passa a ser conceituada muito mais em função da compreensão weberiana – enquanto uma estratificação social a partir do poder aquisitivo das pessoas, esvaziando tal conceito da contradição fundante do sistema capitalista, a exploração (p. 344).

Dentro do que designa como “coração” dos determinantes sociais, a CSDH faz, portanto, a opção, pela concepção teórica de um autor que, ao defender a produção de uma ciência “neutra”, não faz uma ciência neutra, mas ao contrário, contribui para justificar políticas e ações que atuam na manutenção da desigualdade social.

Tambellini e Schütz (2009) consideram que a Comissão não foi fiel às obras que serviram como referência para o modelo teórico do documento uma vez que, analisam os autores, a categoria classe social, central na produção original de um autor utilizado como eixo teórico, Diderichsen, ficou subsumida à posição social, desenvolvida a partir da categoria “estratificação social”. Contudo, parece haver um equívoco nessa interpretação, uma vez que Diderichsen, em 2010, assinou o prefácio do documento conceitual, validando o trabalho teórico da Comissão, que faz a opção pela estratificação weberiana (Diderichsen, 2010).

Sobre a não opção pela classe social, Navarro (2009), ao debater outro documento da Comissão, o Relatório Final de 2008, identifica limitações comprometedoras ao trabalho da CSDH. Afirmar que é característico do período “pós-moderno” que a análise de classe social esteja ausente do discurso político e científico, sendo considerada antiquada e “ideológica”. Para o autor, esta ausência é em si um sinal da existência de classe, no caso, da classe dominante. Na análise, a categoria classe é substituída por outras categorias menos ameaçadoras à ordem social, como “status”.

De acordo com Navarro (2009), as classes dominantes se aliam internacionalmente para impedir a mudança da ordem social e aumentar seus benefícios. A classe dominante e as alianças de classe são a raiz do problema da pobreza. Assim, “*is not inequalities that kill, but those who benefit from inequalities that kill*” (p.440). Para o autor, a omissão da categoria poder¹ e do processo de sua produção e reprodução é a grande fragilidade do relatório. A crítica, segundo Navarro (2009), não está dirigida à CSDH, mas à OMS e às outras agências

internacionais, “*but we know the names of killers. We know about the killing, the process by which it occurs, and the agentes responsible*” (p. 441). Para Navarro (2009), são os trabalhadores de saúde que devem denunciar os responsáveis, pois a OMS não o fará.

O financiamento da OMS por empresas transnacionais possivelmente compromete politicamente as opções teóricas da Comissão na construção do seu quadro conceitual sobre desigualdade e saúde. A opção por comunicar a realidade de uma determinação social, implica em denunciar o atual regime de acumulação capitalista e a consequente reorganização do trabalho, que viabilizam, por exemplo, “impérios” como a Microsoft. Não é possível que a CSDH problematize a exploração do trabalho pelo capital se a OMS tem o grande capital como seu provedor.

Sem um princípio teórico que permita a aproximação da essência dos fenômenos, o quadro teórico dos DsSS apresentado pela Comissão, limita-se segundo Breilh (2013), a uma teoria linear-causal, reiterando a epidemiologia hegemônica. O autor afirma que a proposta dos DsSS como: “*otro causalismo que explica a también el orden bajo la noción causal*” (p. 18). A “via causal” que desloca categorias em fatores ou causa estruturais é vazia de conteúdo crítico e de movimento e por isso

Representa un paradigma de transición crítica por que se abre a lo estructural, rompiendo el cerco de la visión más restrictiva de la epidemiología convencional, sin que represente un cambio de paradigma, en tanto convierte las estructuras sociales en variables y no en categorías de análisis del movimiento histórico de la acumulación (Breilh, 2013, p. 18).

O autor afirma que a própria categoria “determinação social” foi reduzida em “*causas de las causas*”, renunciando ao seu potencial emancipador. Os determinantes sociais correspondem a uma noção funcional que os torna aptos para as modificações da “governança”.

Para Breilh (2008), a compreensão para as contradições internas da proposta dos DsSS está na potencialidade da epidemiologia e em seu percurso histórico:

gracias a su capacidad para producir la imagen de la salud de una sociedad, ha estado permanentemente sometida a presiones cruzadas desde demandas y valores opuestos. De ahí que sus paradigmas interpretativos y modelos de investigación jamás han sido el exclusivo resultado de decisiones autónomas de los especialistas – académicos o no académicos- sino más bien producto de la interrelación entre las ideas y operaciones individuales de éstos, con las fuerzas, reglas, facilidades y obstáculos sociales de contextos históricos específicos (p. 1).

Nos anos 1970, quando na América Latina a relação entre estrutura social e saúde foi objeto de investigação e mobilização, o modelo epidemiológico hegemônico se ancorou nas teorias da história natural da doença e da multicausalidade (Breilh, 2008).

Na década seguinte, com a aceleração da deterioração da vida no planeta, não por uma mudança no modo de produção, mas pelo encurtamento dos ciclos de reprodução do capital e pela busca de rentabilidade a todo custo, os “níveis ‘normais’ de deterioração da saúde e da pobreza” se excederam e complexificaram. No auge do neoliberalismo, diante das contradições e do imperativo de focalização das políticas públicas, a epidemiologia demandava “(...) una interpretación extrasocial, que más bien distrajera las interpretaciones hacia el terreno de la probabilidad de sucesos manejables” (Breilh, 2008, p. 4) e adotou o risco como centro de suas explicações. Há uma predominância da abordagem quantitativa, que busca estimar a probabilidade do adoecimento de indivíduos ou grupos, segundo o “nível de exposição”.

Para Breilh (2008), a Comissão dos DsSS teve origem no processo de críticas de epidemiologistas de países dos hemisférios norte e sul à utilização da teoria da multicausalidade e da noção de risco para ocultar o processo social na gênese do processo de saúde. A instituição da Comissão foi então uma forma de resposta a essas críticas.

De ahí que el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS, fue esa respuesta de los sectores más alertas de la gestión internacional y nacionales, que validaba una apertura de la cooperación internacional y de la gestión pública hacia acciones redistributivas, como sinónimo de equidad, y hacia el control de las distorsiones mayores de la aceleración, pero cuidando claro está, de no amenazar el sistema social en su conjunto, y completar el círculo de análisis con las raíces socio económicas del poder y las relaciones sociales (Breilh, 2008, p. 3).

A ausência da teorização sobre a determinação social da saúde produzida na América Latina nos documentos da CSDH é explicada por Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015) como uma manifestação de “um padrão mais sistemático enquanto mecanismo de subalternização das ‘epistemologias do sul’” (p. 852). Para Breilh, contudo, a opção por “ignorar olímpicamente” a produção teórica da América Latina sobre a determinação social do processo saúde-doença, “podría ser la decisión de ignorar un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado” (Breilh, 2010, p. 4). A preocupação, portanto, é mais que teórica e se concentra nas implicações das ações decorrentes do modelo adotado, que mais uma vez reitera o causalismo, atuando sobre fatores, desconsiderando os processos estruturais (Breilh, 2010).

A Comissão toma o processo de adoecimento ora como resultado de um conjunto de “determinantes”, sinalizados como fruto da desigualdade, das inequidades, (associados a fatores), e ora como determinante, é a doença que está na raiz da “posição social individual”, que origina a inequidade entre os grupos sociais.

Esse posicionamento da Comissão revela um discurso ideológico que pode ser comparado à análise feita por Arouca (2003) a respeito do “ciclo vicioso da saúde” que explicava a relação entre doença e pobreza nos anos 1950. Esse discurso se apresenta como “projeto e alternativa” para as condições de vida, já que são tomadas simultaneamente como causa e efeito. A “espiral da saúde” contém a ideia de que as “variáveis ligadas à produção possuem o mesmo peso causativo que aquelas ligadas a processos biológicos” (Arouca 2003, p. 126).

As variáveis são simultaneamente causa e efeito, assumindo em cada volta novos valores, o sentido da espiral pode ser ascendente na medida em que maiores salários levam a melhor alimentação, educação e moradia, que finalmente levariam a melhor saúde e iniciaram um novo ciclo. Tal sentido seria o do progresso e o do desenvolvimento econômico, enquanto o outro, com valores negativos, seria o círculo vicioso da pobreza, ignorância e doença, que levaria e manteria o subdesenvolvimento (Arouca, 2003, p. 125).

O artigo de Costa-Filho (1978), intitulado “A falsidade do círculo vicioso entre a pobreza e a doença”, afirma que a ideia de ciclo vicioso entre pobreza e doença teve sua contribuição para a compreensão do processo de saúde no Brasil. No “tempo em que se debatia as questões da saúde em abstrato” (p. 65) esta foi uma primeira aproximação da saúde como expressão social, baseada numa perspectiva desenvolvimentista, mas que não era novidade no campo da saúde pública:

A ideia entre o círculo vicioso entre pobreza e doença é velha. Já Chadwick, em 1850, fazia menção dela. Um século depois, Gunnar Myrdal rebatizou-a de “causação circular cumulativa”. E partir de então ela conquistou lugares cativos nos textos do Banco Mundial, da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), da própria Organização Mundial de Saúde (OMS). Raros são os cursos, os livros de saúde pública, de medicina preventiva que lhe resistem. Finalmente, nem mesmo a crônica econômica da imprensa diária deixa de lhe render homenagens (p. 65).

A longevidade desta ideia circular está registrada na literatura brasileira, no emblemático conto “Jeca Tatu – A Ressureição”, de 1918. O autor, Monteiro Lobato, convicto da formulação sanitarista de ciclo vicioso da pobreza e da doença e da contribuição desta para o nacional-desenvolvimentismo, “redime” neste conto o “caboclo” brasileiro. Antes “preguiçoso, bêbado e idiota”, após de ser tratado da doença “amarelão” (ancilostomose), não andar mais descalço e ser proibido pelo “doutor” de beber pinga, Jeca Tatu transforma-se em um competitivo produtor rural, que aprende a falar inglês (Lobato, 2010).

Entre os valores presentes no conto, interessam aqui, a distinção caricata entre as classes sociais, a meritocracia (com trabalho duro, Jeca pode se tornar até “coronel”), o funcionalismo e a autoridade da ciência como portadora da solução para as mazelas sociais. Vale destacar o desfecho doutrinário do conto:

Meninos: nunca se esqueçam desta história; e, quando crescerem, tratem de imitar o Jeca. Se forem fazendeiros, procurem curar os camaradas da fazenda. Além de ser para eles um grande benefício, é para você um alto negócio. Você verá o trabalho dessa gente produzir três vezes mais.

Um país não vale pelo tamanho, nem pela quantidade de habitantes. Vale pelo trabalho que realiza e pela qualidade da sua gente. Ter saúde é a grande qualidade de um povo. Tudo mais vem daí. (Lobato, 2010, p.111).

Por esta lógica, a “aquisição” de saúde leva ao desenvolvimento econômico e este só poderia ocorrer através do trabalho realizado por uma população saudável. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento deveria provocar uma melhora dos indicadores de saúde. Para Costa Filho (1978), é evidente que esta teoria não se sustenta diante da contradição entre o crescimento econômico brasileiro ocorrido na década de 1960, e da piora de indicadores de saúde como a diminuição da expectativa de vida ao nascer e em todas as idades e o aumento dos acidentes de trabalho no mesmo período. Assim “é forçoso admitir que não basta o crescimento das forças produtivas, da produtividade no trabalho, da riqueza nacional disponível. É preciso verificar como se deu esse crescimento e a quem ele beneficia” (p. 66).

Pode se concluir que a Comissão, ao utilizar artifícios teóricos - como o modelo de Diderichsen, os “mecanismos” da “seleção social” e da “perspectiva do curso de vida” no modelo da “*acumulação de riscos*” - apenas repete uma justificativa utilizada institucionalmente há muitas décadas. Há uma recorrência das agências multilaterais em associar produtividade no trabalho à saúde, afastando a compreensão da essência da determinação social da saúde, que, ao contrário, demonstra como a organização do trabalho sob o modo de produção capitalista espolia a saúde da classe trabalhadora.

O determinismo presente na perspectiva da Comissão pode ser observado de forma mais explícita no texto para discussão da Conferência Internacional dos Determinantes de Saúde (OMS, 2011), ao abordar a interface entre a saúde, economia e emprego.

São populações saudáveis que estimulam economias fortes e resistentes e o crescimento econômico. Pessoas saudáveis podem poupar mais, são mais produtivas no trabalho, adaptam-se mais facilmente a mudanças no mercado de trabalho e podem se manter no mercado de trabalho por mais tempo (OMS, 2011, p. 12).

Através da concepção funcionalista da Comissão, muito semelhante à de Monteiro Lobato, percebe-se que apesar de a categoria “trabalho” estar ausente na construção conceitual da Comissão, o reconhecimento da necessidade do trabalho vivo como fundamento da produção econômica está presente nos objetivos da Comissão.

A mesma lógica do “ciclo vicioso” da saúde pode ser identificada na afirmação sobre a relação entre segurança e justiça e saúde: “a prevalência de doenças mentais (e o consumo de

drogas e álcool associado a elas) está ligada à violência, ao crime e ao encarceramento” (OMS, 2011, p. 12).

Fica desta forma reiterado o posicionamento político da Comissão, o de manutenção da perspectiva funcionalista do campo da saúde pública, ao optar pela perspectiva determinista do “ciclo vicioso da saúde”, que desloca da estrutura social para os indivíduos a desigualdade e suas consequências.

A respeito dos mecanismos ou caminhos utilizados pela Comissão, Breilh (2013) observa que a epidemiologia crítica, ao contrário:

es um alejamiento de la noción lineal de ruta (*pathway*), planteando una comprensión dialéctica de proceso de determinación por generación y reproducción, donde opera el movimiento entre subsunción y autonomía relativa, para soslayar una posible interpretación lineal del movimiento de determinación (p. 20).

Esta diferenciação auxilia a compreender a natureza distinta entre a Teoria da Determinação Social e os Determinantes Sociais de Saúde. A ideia de uma rota entre o “social” e a saúde relaciona-se ao causalismo, também criticada por Breilh (2010), por ser uma “reducción científica de la determinación al principio causal, y como distorsión de la realidad considerada únicamente como mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores” (p. 99).

A noção de determinação social não comporta ciclos viciosos, rotas ou mecanismos e transcende o reducionismo causal por se constituir em um “proceso o modo de devenir, por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades” (Breilh, 2010, p. 99), processo esse que se reporta à totalidade da realidade social.

Tambellini e Schütz (2009) consideram que as estruturas sociais são convertidas em variáveis e não em categorias de análise contextualizadas historicamente. Os autores afirmam que o resultado do trabalho teórico apresentado no Quadro Conceitual “obscurece os processos que compõem suas articulações dinâmicas” e ainda “aprisiona os elementos processuais sob a forma de categorias subordinadas a hierarquias rígidas, muitas vezes transformadas em variáveis que nem sempre respeitam a natureza do objeto em questão, permitindo a naturalização do modelo” (p. 375).

Segundo Rocha e David (2015), os determinantes estruturais e intermediários são apresentados pela Comissão de forma que é “impossível estabelecer o nexo histórico entre as dimensões da vida”. As autoras também observam que não é possível compreender a partir da produção da Comissão se as circunstâncias materiais se referem ao nível da produção individual ou ao social.

Para Nogueira (2009), o modelo “tende perigosamente para um determinismo social, na medida em que interpreta o social na saúde unicamente mediante o efeito de fatores causais, conforme o modelo das ciências naturais e da epidemiologia” (p. 398).

Nogueira (2009) afirma que o próprio conceito de saúde é limitado ao traduzir a saúde como ausência de morbi-mortalidade, reiterando a perspectiva biomédica hegemônica. Afirma que o relatório estabelece generalizações que associam pobreza à pior saúde quando comparada às classes mais abastadas. Para o autor, “o que realmente está pressuposto é que o social se encontra nas populações, mas o homem de *per se* é natureza”. Argumentando a partir de considerações filosóficas, Nogueira (2009, p. 404) conclui que “os significados das palavras ‘determinantes’ e ‘determinação’ jamais podem ser exauridos pela ideia de causa” (p. 404).

O autor também afirma que pela forma como que esta formulação se apresenta, “determinante social tem o significado de causa ou causalidade social” o que pressupõe a coexistência de determinantes de outras naturezas, como ambiental, biológica ou genética. Para ele, os autores britânicos mencionados não afirmam a predominância do “social” para saúde humana, “a ideia é que a saúde depende de múltiplos fatores” (Nogueira, 2009, p. 401).

Pela opção política efetivada pela Comissão, é necessário que a mesma estabeleça mediações que permitam abordar as “questões sociais” relacionadas à saúde, mas mantendo encobertas as contradições próprias do capitalismo. Entende-se que o uso recorrente de terminologias contemporâneas, que integram principalmente a dimensão operacional dos documentos da CSDH, cumpra o papel estabelecer conexões entre os elementos teóricos e justificar ou mesmo constituir as ações.

Entre estas, tem destaque nos textos consultados da Comissão o emprego das palavras equidade, neighborhood, *empowerment*, *accountability*, governança e termos como coesão social, capital social e “oportunidades de saúde” (Solar, Irwin, 2010; CSDH, 2008). Considera-se que há uma “insidiosa unanimidade retórica” que não deixa explícita a intencionalidade política das propostas (Borde, Hernández-Álvarez, Porto, 2015).

O construto teórico dos DsSS pela Comissão se insere num período histórico de avanço das políticas inscritas no ideário neoliberal (mais ou menos fieis às prerrogativas originais desta formulação), mas sobretudo de consolidação da hegemonia ideológica do neoliberalismo (Anderson, 2000):

Economicamente, o neoliberalismo fracassou, não conseguindo nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado. Socialmente, ao contrário, o neoliberalismo conseguiu muitos dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente mais desiguais, embora não tão desestatizadas como queria. Política e ideologicamente, todavia, o neoliberalismo alcançou um êxito num grau com o qual

seus fundadores jamais sonharam, disseminado a simples ideia de que não há alternativas para os princípios, que todos, seja confessando ou negando, têm de adaptar-se a suas normas (Anderson, 2000, p. 23).

Paim (2013) argumenta que com as políticas econômicas neoliberais, há um controle internacional sobre a “questão social” que determina quais devem ser as prioridades dos direitos sociais. Em consequência, há o deslocamento das negociações internacionais dos produtos para as políticas públicas e por esse motivo:

toda uma terminologia foi gerada pela hegemonia americana na gestão da pobreza, como capital social, coesão social, manejo de riscos, tecnologia social, implicando a reformulação da concepção de direitos universais da cidadania. Essa abordagem é apresentada como “científica”, capaz de evidenciar a melhor maneira de compatibilizar alguns direitos com sustentabilidade financeira (Paim, 2013, p. 1929).

Stotz e Araújo (2004) denunciam a incorporação, no universo simbólico da sociedade e nas diretrizes das políticas de saúde, de terminologias identificadas com valores empresariais, ou de mercado, como *empowerment*, “qualidade total”, “cidadania corporativa”.

Sobre os valores empresariais, Antunes (2015) afirma que no mundo do trabalho, termos como “responsabilização”, “individualização”, “parceiro”, “envolvimento”, “colaboradores” são intensamente divulgados num contexto de “*flexibilidade liofilizada*”, de aparência mais “participativa”, “cujos traços de estranhamento e reificação são mais *interiorizados* do que aqueles vigentes no período precedente” (p. 258). Estes termos “povoam o universo discursivo do capital são, portanto, traços fenomênicos, encobridores de uma acentuada informalização e precarização do trabalho” (Antunes, 2015, p. 258).

Seja na área da formulação de políticas sociais ou no mundo do trabalho, a mensagem a ser transmitida para a classe trabalhadora é a da exclusividade da responsabilidade individual na manutenção da vida. Para além da redução de custos com os gastos sociais, a “linguagem do faça você mesmo” (Antunes, 2015, p. 250) é parte de uma intensificação do regime de acumulação em que “todos os espaços são convertidos em geradores de valor”, incluindo o “espaço virtual” (p. 257).

Um dos termos que integra a terminologia da gestão das políticas sociais é “equidade”. A Comissão adota a terminologia equidade em oposição à inequidade, para justificar ações focalizadas a populações consideradas de “risco e vulneráveis” a piores condições de saúde, justificando que devem ser ações que tomem como alvo “injustiças evitáveis”.

Equidade é um termo impreciso e de uso difuso, como definem vários autores.

No que diz respeito à essa definição de equidade como antônimo de inequidade, Almeida-Filho (2009) afirma que:

Apesar da insistente referência a noções positivas de justiça e escolha social, a problematização teórica e metodológica dos gradientes sociais em saúde prioriza a

negação, operando conceitos de desigualdade e diferença em lugar de igualdade e equidade. Tal padrão mostra-se simétrico e consistente em relação ao modo predominante de definição da saúde, como ausência de doença no campo da pesquisa em saúde individual e coletiva (p.362).

Também quanto ao uso difuso do termo equidade, o autor afirma ainda que pode implicar em uma aceitação contemplativa da desigualdade²⁴:

No atual debate conceitual sobre determinantes em saúde, no Brasil e no mundo, a quase unanimidade retórica em prol da equidade impede averiguar a sinceridade política dos que formulam discursos politicamente referenciados e que, ao mesmo tempo, até com a desculpa do interesse científico, muitas vezes apenas contemplam a persistência das iniquidades sociais no mundo (Almeida-Filho, 2009, p.368)²⁴.

Para Stotz e Araújo (2004), a ênfase na equidade se abriga na “nova subjetividade política na época neoliberal”, expressa por uma forma (ou por uma acentuação desta forma) de perceber as relações entre os indivíduos e as instituições sociais, contrária à suposição de direitos humanos ou sociais de alcance universal. A nova perspectiva fundamental é a responsabilidade individual na provisão da vida, justificada pela defesa da autonomia como um princípio.

Quanto à imprecisão do termo, afirma Almeida (2002), ela é conveniente para a justificativa de reformas, mesmo que estas aprofundem as desigualdades, e que o termo equidade carrega um viés conciliador, por isso é facilmente reproduzido nos discursos institucionais:

a noção de “desenvolvimento com equidade”, que ganha força nas últimas décadas frente ao descalabro mundial do aumento das desigualdades proporcionado pelas políticas neoliberais, também possibilita a construção de consenso entre distintas correntes político-ideológicas, uma vez que não fere a priori os interesses individuais, pois o avanço em direção à superação da iniquidade pode ser tão lento e gradual que, de fato, a adoção da equidade como princípio pode ser completamente inócua ou vazia de significado (Almeida, 2002, p. 25).

Stotz e Araújo (2004) criticam a indefinição do conceito de equidade utilizado pela OMS, por “favorecer a ideia de diferenças inevitáveis tanto no plano biológico, como social” (p. 11). Questionam se essa indefinição é utilizada intencionalmente como fundamento político, que serve para evitar contradição com as políticas econômicas que agravam as desigualdades. A respeito das proposições do Banco Mundial, justificadas pela equidade, para melhorar a saúde dos países em desenvolvimento, os autores afirmam:

Estamos diante de um sucedâneo do duplipensar, o método do governo vigente em 1984, ficção de George Orwell sobre uma ditadura totalitária: há um discurso oficial

²⁴ O autor utiliza o termo *iniquidade*, que diferencia da inequidade e: “corresponde a inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante de opressão social (segregação, discriminação, perseguição) na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção. Trata-se da ausência extrema de equidade, decorrente do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis” (Almeida-Filho, 2009, p. 365).

idealizado e uma prática oposta a esse discurso. A idealização de uma política de crescimento voltada para os pobres requer ajustes macroeconômicos que prejudicam principalmente os pobres (Stotz, Araújo, p. 10).

Tomar como referência a equidade e não a igualdade é uma “armadilha”, que impõe a focalização dos programas de saúde como inevitável, frente à escassez de recurso. Instituições como o Banco Mundial, que recorrem ao termo, não consideram, em momento algum, rever a política macroeconômica de financiamento das dívidas externa e pública, perpetuando a situação de pauperização dos grupos sociais alvo dos programas de focalização. A adoção do termo equidade ganha força política para desconstruir o princípio da universalidade (Stotz e Araújo, 2004).

Com a mesma compreensão, Calipo (2006) considera que a utilização do termo equidade está relacionada com a focalização das políticas sociais. Ao estudar a Norma Operacional Básica, NOB/96 e a Lei das Organizações Sociais identifica a substituição do termo *igualdade* na legislação que institui a estratégia de saúde da família no Brasil:

(...) [A] substituição do conceito de *igualdade* pelo de *equidade*, com o objetivo de se fazer *justiça social*, terminou por substituir o conceito de universalidade, enquanto o universo de pessoas a serem atendidas pelo SUS [Sistema Único de Saúde]. (p. 108).

A utilização imprecisa e difusa do termo equidade reflete-se no objetivo das ações propostas pela Comissão.

O objeto definido no documento são os determinantes sociais e as inequidades. No entanto, a análise do documento revelou que no enfoque das ações, que devem incidir nos riscos e vulnerabilidades, há preponderância de objetivos relacionados à responsabilização dos sujeitos para responderem aos desgastes.

O documento enfatiza a necessidade de assegurar acesso justo aos bens, para que o indivíduo possa realizar livres escolhas, a partir da formulação de John Rawls, que constitui a essência teleológica da proposta da Comissão.

Essa formulação de Rawls, segundo Stotz e Araújo (2004), é a mais bem-sucedida no contexto do impasse entre capitalismo, pobreza e democracia. Ela desloca a questão da legitimidade do poder no capitalismo (como o fundamento na propriedade privada) para a questão da justiça, classificando moralmente as desigualdades em justificáveis ou injustificáveis; defendendo a justa distribuição de recursos (como educação e saúde).

O caráter mais inovador da teoria de Rawls está no sentido “quase econômico” atribuído à sociabilidade (Stotz e Araújo, 2004):

a contribuição de cada um dos membros da comunidade para o empreendimento comum garante o direito de um retorno equitativo dos seus frutos. A comunidade política não é mais aquela associação de cidadãos constituída com base em laços históricos, afetivos, linguísticos, de nascimento ou de lutas políticas (Stotz e Araújo, 2004, p. 9)

Nessa mesma perspectiva de proposição de ações no âmbito de individual, Amartya Sen, membro da Comissão, é apontado no documento estudado como autor central para a formulação dos DsSS.

Carvalho (2014) afirma que Sen é referência das diretrizes do Banco Mundial por sua ênfase nas iniciativas da ação individual frente à desigualdade. Segundo a autora, o individualismo é um dos aspectos do pensamento de Sen, presente “em sua concepção de igualdade centrada no *indivíduo* tomado como naturalmente ‘capacitado a evitar a pobreza’ com poder de escolha e ‘liberdade para destinar sua vida’” (p. 155).

Se por um lado a obra de Sen, “Development as Freedom”, desassocia o desenvolvimento social como desdobramento do crescimento econômico, mostra-se insuficiente na teorização da produção e reprodução do poder, estabelecida nas relações de propriedade dos meios de produção, que por sua vez definem o contexto político (Navarro, 2000).

Sen vincula o desenvolvimento à “criação de oportunidades e à eliminação das privações da liberdade”, reatualizando o “princípio liberal do livre mercado”. O “*empowerment*” é apresentado como estratégia de desenvolvimento (Carvalho, 2014, p. 156).

Sen aponta a necessidade de os indivíduos pobres se mobilizarem a sair de tal situação aproveitando as oportunidades existentes e criando outras, o que geraria naturalmente o desenvolvimento. Com essa leitura da pobreza, Sen notoriamente *moraliza* a “questão social”, tomando-a como uma questão de *vontade* ou *desejo* dos indivíduos (Carvalho, 2014, p. 156).

A proposta de “*empowerment*” de Sen funda-se numa perspectiva de que a dimensão subjetiva do indivíduo é responsável pela sua “falta de êxito” no mercado, devido à “baixa autoestima” e ao “desempoderamento” (Carvalho, 2014).

Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015) afirmam que “as propostas éticas e políticas que propõe a CDSS [CSDH] carecem de elementos emancipatórios” (p. 851) e que por isso:

a ênfase na “participação social” e no “empoderamento” perdem significância e aparecem como conceitos soltos, esvaziados de conteúdo crítico, principalmente porque são abordados em termos de identidade civil, liberdade e autonomia, contrário à compreensão da emancipação como superação das relações de poder existente (p. 851).

No entanto, é possível chegar à conclusão que os termos *empowerment* e participação, tal como utilizados no documento, não estão “soltos” ou vazios de significância. A palavra *empowerment*²⁵ também integra a “nova subjetividade política da época neoliberal”, em que se encontra o termo equidade.

²⁵ Seguindo Stotz e Araújo (2004), opta-se por utilizar o termo na língua original, pela dificuldade de uma tradução adequada e para não ocultar sua origem “anglo-saxônica de liberalismo civil e religioso” (p.13).

Para Stotz e Araújo (2004), contudo, o termo *empowerment* faz parte de um conjunto de valores e crenças, colonizados pela cultura empresarial, estando presente na literatura da gestão participativa em empresas. No caso da saúde, o *empowerment* ganha projeção após ser anunciado como estratégia da promoção da saúde, centrada na prescrição de comportamentos “saúdáveis”.

Essa proposição, consolidada na Conferência de Ottawa e incorporada pela OMS, está definida na carta de Ottawa (1986) da seguinte forma: “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 2002).

Não fica claro, porém, como é possível que os “grupos marginalizados” conquistem tamanho controle sobre os processos políticos, estando submetidos às relações sociais capitalistas:

Empowerment introduz o paradoxo de que categorias que dispõem de poder possam criar condições para que grupos excluídos socialmente venham a adquirir poder. Dado o caráter relacional do poder, devemos nos perguntar (...) se grupos que detêm o poder são capazes de se auto-limitar, ou de transferi-lo a outros grupos, mais exatamente aqueles sem poder, oprimidos (Stotz e Araújo, 2004, p. 14).

Nessa mesma perspectiva, Montañó (2014) afirma que o poder considerado pelo *empowerment* é tomado nas dimensões subjetiva e psicológica, que se configuraria como um “autopoder”, ou um “poder sobre si”, que não considera o sujeito *em relação*.

O *empowerment* só pode, portanto, ser “um método de construção de consenso que exige negociação e concertação social” (Stotz, Araújo, 2004). Aos agentes dos serviços públicos, que devem “promover” o *empowerment*, cabe o papel de mediação as demandas dos grupos marginalizados e os interesses dos grupos detentores do poder. Esta função, mesmo quando se pretende “politizante”, considerando os limites estabelecidos, pode se converter numa forma de tutela da população (Stotz, Araújo, 2004).

Os autores perguntam se a proposta do *empowerment* é uma resposta ao processo de fragmentação social, que pode tomar a forma de “dominação consensual” (Stotz e Araújo, 2004). Para Montañó (2014), o “‘empoderamento’, como um projeto ideológico, procura também desmobilizar as lutas de classes, desviando seu potencial transformador para a *gerência dos conflitos*” (p. 101) e tem como função responsabilizar os pobres para que estes solucionem seus problemas imediatos.

O autor sustenta que o “empoderamento” sustenta-se nos mesmos pilares ideológicos do “desenvolvimentismo”:

esta teoria supõe que com estímulo, planejamento e recursos é possível desenvolver um país, sem considerar sua relação de *dependência*, de *subordinação* com os outros países centrais do sistema do mundo. De forma semelhante, os autores do “empoderamento” supõem ser possível que os setores econômica e politicamente subordinados (ao capital) poderiam, sem alterar a correlação de forças, ampliar seu poder (Montaño, 2014, p. 101).

Acerca da origem freireana do termo *empowerment* descrita pela Comissão, Carvalho (2014) ressalta que o termo não está presente nas obras consideradas principais do autor: *Pedagogia do Oprimido*, *Pedagogia da Autonomia* e *Pedagogia da Esperança*. A autora indica que a única obra que Paulo Freire trata do tema é *Medo e ousadia: o cotidiano do professor*.

A obra se constitui em um diálogo entre Freire e Ira Shor (educador norte-americano) sobre questões do cotidiano da educação. Freire demonstra receio em utilizar o termo (que não é traduzido na obra) *empowerment*, por questões “pedagógicas”, sobre o papel do professor e a negação sobre a possibilidade de uma educação não-diretiva, pela complexidade em utilizar um termo do hemisfério norte no “terceiro mundo”, e também pela perspectiva emancipatória do autor. Ao ser perguntado se existe de uma auto-emancipação, Freire responde:

Não, não, não. Mesmo quando você se sente, individualmente, *mais livre*, se esse sentimento não é um sentimento *social*, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista no sentido do *empowerment* ou da liberdade.

(...) esta *sensação* de liberdade ainda não é suficiente para a transformação da sociedade.

(...) o desenvolvimento crítico desses alunos é fundamental para a transformação radical da sociedade. Sua curiosidade, sua percepção crítica da realidade são fundamentais para a transformação crítica da realidade são fundamentais para a transformação social, mas não são, por si sós, suficientes (Freire, Shor, 2008, p. 135).

Apesar de seu receio com o termo, Freire admite o uso do termo se estiver vinculado à classe social: “não individual, nem comunitário, *nem* meramente social, mas um conceito de *empowerment* ligado à classe social” (Freire, Shor, 2008, p. 137).

O autor, que adverte que não deseja “reduzir tudo às classes, como fazem alguns marxistas estreitos” (Freire, Shor, 2008, p. 137), explica qual é sua perspectiva de um *empowerment* das classes sociais:

A questão do *empowerment* da classe social envolve a questão de como a classe trabalhadora, através de suas próprias experiências, sua própria construção de cultura, se empenha na obtenção do poder político. Isso faz do *empowerment* muito mais do que um invento individual ou psicológico. Indica um processo político das classes dominadas que buscam a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta (Freire, Shor, 2008, p. 138).

Diante destas declarações, Carvalho (2014) afirma que apesar de se “apropriar” do termo, Freire se distancia do “projeto de empoderar os pobres”²⁶ (p. 162).

Cordeiro (2016) pressupõe que o uso do termo *empowerment* associado a Paulo Freire, é resultado de adaptações realizadas na teoria freireana para que esta pudesse ser disseminada para países de capitalismo central, como o Estados Unidos. Neste caso, o *empowerment* seria uma adaptação do conceito de conscientização.

Considerando a história dos movimentos emancipatórios que se utilizam do *empowerment* na luta pelos direitos civis no Estados Unidos (e, por isso, influenciados por seus valores liberais), a autora afirma que o *empowerment* carrega valores individualistas na sua origem:

A noção de autonomia, de busca individual por sucesso, da realização do “sonho americano” de se auto realizar está contida desde os primórdios da proposição de empowerment, e aparece também dessa forma na área da saúde, ainda que seja composta por outros níveis além do individual (Cordeiro, 2016, p. 97).

No caso brasileiro, o “*empowerment*”, segundo Carvalho (2014) é um fetiche que encanta por aparentar que é possível “dar poder”. A autora afirma que no Brasil, o “conceito de *empoderamento*” exerce um fascínio que faz com seja utilizado largamente por organizações e movimentos de esquerda como estratégia política e como “intervenção” em práticas de saúde e de assistência social. Mas, apesar da aparência de aumento de poder da classe trabalhadora que se realizaria através do “*empowerment*”, deve-se considerar que este é “projeto concreto” do Banco Mundial.

Os impactos sobre a classe trabalhadora dão-se através da responsabilização dos trabalhadores por questões pertinentes ao Estado, ao mesmo tempo que o “*empowerment*” serve como instrumento de gestão pelo capital. Por fim, entre outras consequências levantadas pela autora, a ideia de “*empowerment*” leva ao “apassivamento da classe trabalhadora e de suas organizações” (Carvalho, 2014, p. 181).

O debate a respeito da utilização do *empowerment* pelo feminismo, não será realizado pelas limitações próprias deste trabalho. Contudo, vale indicar que o feminismo se constitui por correntes diversas, com distintas orientações teóricas a respeito do poder²⁷.

Nogueira (2009) sublinha o caráter “coletivista e anti-individualista” das propostas de ações e avalia que os autores da Comissão buscam se contrapor à linha da promoção da saúde (o autor refere-se ao documento de 2008 da Comissão, e não ao estudado nesta dissertação, de

²⁶ A autora também transcreve o trecho de uma entrevista em que Ana Maria de Araújo Freire, viúva e sucessora legal da obra de Paulo Freire, nega que este termo esteja relacionado com os princípios do autor, pois tem caráter individualista e neoliberal (Carvalho, 2014).

²⁷ Indica-se a leitura da Vázquez (2013). *Poder y Feminismo: elementos para una teoría política*.

2010). Contudo, considera que a OMS será capaz de sustentar simultaneamente as duas vertentes.

No entanto, o documento estudado, mostra que a proposta dos DsSS não se constitui em uma vertente diferente da promoção da saúde. Segundo a Carta de Ottawa, promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986). Ou seja, em essência, tem a mesma definição dada pela Comissão ao *empowerment*, sua diretriz chave (ver quadro 6.14). Da mesma forma, a equidade se constitui em o princípio orientador das ações de promoção da saúde orientadas pela OMS, e apresenta definição semelhante à proposta pela CSDH (ver quadro 6.1), versando sobre a ausência de “diferenças desnecessárias, evitáveis ou injustas” (Stotz, 2004).

A Comissão também reafirma o ideário promoção da saúde ao propor ações sobre a exposição aos riscos, incluindo, ações sobre o “estilo de vida” individual, como ações sobre o padrão alimentar e de combate ao fumo (ver quadro 6.11). Para Navarro (2009), a compreensão da promoção a saúde como mudança de comportamento é a tradução da política neoliberal para o campo da saúde.

Da mesma forma, a unanimidade sobre participação, outra proposta de ação da Comissão, também se encontra a serviço da “dominação consensual” anunciada por Stotz e Araújo (2004). Para Montañó (2014):

A consideração dessa participação, em tanto tomar ou fazer parte de algo, não pode ignorar o conteúdo da questão em torno do qual se desenvolve, os interesses em jogo, os sujeitos envolvidos e os resultados esperados, diretos ou de maior alcance; ou seja, participar com quem, contra quem, para que, com que objetivos e finalidades (p. 99).

Para o autor, o termo participação pode representar uma prática complementar à luta de classes ou substitutiva à luta de classes. No primeiro caso, a participação pode estar vinculada a emancipação política, constituindo-se como ação complementar a luta de classes, enfrentando sujeitos, e mesmo que represente uma manifestação particular da “questão social” de interesses contraditórios, tem como expectativa encarar “os fundamentos da desigualdade na estrutura e dinâmica da sociedade capitalista” (p. 100).

No segundo caso, a participação pode estar circunscrita ao âmbito da sociedade civil, apartada da esfera econômica e das contradições entre as classes sociais. Esta perspectiva de participação se isola no “microespaço” e se restringe a “problemas isolados”, e justifica ações de autorresponsabilização em iniciativas institucionalizadas, podendo provocar um retrocesso na emancipação.

Para Dantas (2014):

a história da *participação democrática* dos trabalhadores tem se configurado, a um só tempo, como conquista e enquadramento nas regras do jogo da dominação das classes. Em tempos como o que vivemos, quando é latente a imensa desigualdade e capacidade organizativa das forças em luta, são comuns os confortáveis consensos em torno dos valores dominantes, que no mais das vezes não passam de negação interessada da luta que se pretende ocultar (p. 105).

O autor, parte da discussão a respeito da construção ideológica sobre a necessidade de um “terceiro setor”, que ocorre através de uma crítica e negação do Estado, da “romantização da sociedade civil” e da tolerância com o mercado. Neste contexto a participação tende a ser pautada por

demandas específicas, pontuais, locais, focalizadas, através de espaços institucionais da sociedade civil ou mesmo desvinculado de qualquer organismo, encorpando uma rede de solidariedade que pretende não só trazer para o plano privado a “questão social”, como também por negar a política, o espaço público, a luta de classes e, por consequência, as causas, os problemas e as questões estruturais, abrangentes e universais, abrindo mão do ataque às origens mais profundas dos problemas que deseja solucionar – porque não as enxergam, simplesmente, ou porque as consideram inatingíveis e desperdiçadoras de esforços e de tempo (Dantas, 2014, p. 106).

Dantas (2014) afirma que a política, subordinada à economia, assume a tarefa de conservar o suporte material em que se estabelece a luta de classes. Em resposta ao conflito de classes, a esfera econômica controla largamente o sistema político, “isto é o que permite que hoje *todos* sejam pela participação: os que deveriam e os que nunca puderam/quiseram dividir o controle” (p. 139).

De acordo com Teixeira (2009), há, desde a queda do muro de Berlim, uma forma discursiva que se apresenta para anunciar o fim do antagonismo entre capital e trabalho e o advento de relações cooperativas entre parceiros: uma forma de gerenciamento comunicativa, em que trabalhadores e administradores passam a se reconhecer como parceiros portadores de igual dignidade discursiva, isto é, de igual capacidade de tomar posição sobre a organização do processo produtivo (p. 117). Especialmente interessante para esta discussão é que esta forma discursiva tem como objetivo o convencimento do trabalhador de que: seu salário é pago pelos clientes e não pelo patrão; que não deve empurrar problemas para os outros; que é responsável pelo sucesso ou fracasso da sua equipe e que deve estar em permanente aprendizagem para que se adapte melhor às “mudanças inesperadas e abruptas do mercado” (Teixeira, 2009, p. 129). Este é um discurso de desresponsabilização do empregador. O trabalhador é pressionado a ser resolutivo, pois as responsabilidades e mesmo os riscos próprios da produção capitalista são transferidos para ele. Esta “consciência de ruptura” está a serviço da desconstrução da luta de classes e da construção da obediência necessárias para o êxito da reestruturação produtiva e suas expressões administrativas, como o Toyotismo.

Para a CSDH, as estratégias do “*empowerment*” e da participação são propostas para legitimar “a governança”, como espaço para decisões políticas.

“Governança” e ação intersetorial são apresentadas no documento como instâncias propostas com a intencionalidade de atuação sobre a desigualdade, considerando imprescindível que as ações envolvam como participantes: a sociedade civil, o Estado e a iniciativa privada (por vezes denominada como mercado).

Vale ressaltar que nesta parte do documento da Comissão, assim como em outras, não há definição conceitual da dimensão política. O documento não apresenta um conceito de Estado, muitas vezes referido como governo, e nem sobre o “setor privado” e sua dinâmica.

O Estado, no discurso da Comissão, é (CSDH, 2008) um mediador das relações entre a sociedade civil e o “setor privado”, relação esta que, segundo descrito no documento analisado (CSDH, 2008), apesar de provocar certos efeitos indesejáveis para a saúde, tem “muito a oferecer” para a melhoria da saúde e bem-estar.

A análise de discurso do documento revela que a formulação da CSDH é coerente com os mesmos princípios que ancoram a reestruturação produtiva, que anuncia o fim do antagonismo de classes, e reafirma uma falaciosa “igualdade discursiva”, neste caso, entre Estado, setor privado e “sociedade civil”.

Para Breilh (2013), a “governança” cumpre uma agenda de preocupações estritamente burocráticas e não é um meio pelo qual possa se realizar o enfrentamento das raízes do adoecimento em nossa sociedade:

sin embargo aprendizajes históricos han enseñado que en contextos de grandes asimetrías en las relaciones de poder, las buenas intenciones y conceptos como estos terminan convertidos en armas de hegemonía, pues quién define a dónde llevan el que se difuminen los límites entre lo público y lo privado o la participación; no son definitivamente las intenciones de actores técnicos quienes lo hacen, sino las fuerzas mayores que subyacen en la política (Breilh, p. 23, 2013).

Nogueira (2009) considera que a estratégia da Comissão de diminuição das desigualdades através de “iniciativas que envolvam o governo, a sociedade civil e a empresa privada” expressa uma “faceta progressista” de acordo com os “objetivos históricos da reforma sanitária brasileira” (p. 399).

Contudo, como pode se dar a participação da “iniciativa privada” na diminuição das desigualdades, se esta tem a finalidade exclusiva da acumulação de capital? Qual a contribuição que esta pode dar, justamente em um momento em que os empregadores, seja da indústria, dos serviços ou do agronegócio atuam intensamente para flexibilizar as leis trabalhistas (inclusive a caracterização do trabalho escravo)? A atuação do setor privado nas desigualdades será limitada a ações paliativas e de incentivo ao “terceiro setor” (como parte

de sua estratégia de *marketing* e, em países como o Brasil, de isenção de impostos) e a endossar a ideia de esforço individual como saída para as consequências da desigualdade.

Para melhor compreensão de como se dará a governança, os “atores globais” e suas responsabilidades são anunciados no Relatório Final (CSDH, 2008). Às agências multilaterais cabe: o monitoramento global (utilizando um quadro comum de indicadores) e ação consistente, suporte para a redução da dívida, coerente com a política para os DsSS, utilizar os indicadores de desempenho de saúde como centro da responsabilização financeira, favorecer a participação dos países membros da ONU na governança global.

À OMS especificamente cabe o suporte para a construção de políticas locais e nacionais consistentes e coerentes acerca dos DsSS, o monitoramento e avaliação, capacitação interna (regional e nacional) em DsSS para aprimoramento da própria OMS (CSDH, 2008).

Os governos locais e nacionais devem fortalecer o setor público, baseados em princípios de justiça, participação e colaboração intersetorial. Cabe aos governos fortalecer as ações para equidade, agilizar apoio financeiro internacional (ajuda, redução da dívida) para ações nos DSS, por meio de “*accountability*”, aumentar a receita a partir de taxaço progressiva, monitoramento, avaliação e treinamento em DsSS (para profissionais e formuladores de políticas pública) (CSDH, 2008).

A sociedade civil deve participar na política, planejamento, programas e avaliação e acompanhamento do desempenho. As universidades e instituições de pesquisa são responsáveis por produzir e divulgar conhecimentos relativos aos DsSS (CSDH, 2008).

As atribuições do setor privado nas ações sobre as “inequidades” são, segundo a CSDH: fortalecer a “*accountability*” (responder aos acordos sobre leis trabalhistas, garantir emprego e trabalho, igualdade de condições no trabalho para homens e mulheres, reduzir e erradicar o trabalho infantil, assegurar a saúde e segurança no trabalho), formação para o trabalho (com ênfase em oportunidades para as mulheres), garantir que as atividades e serviços do setor privado (como produção e patenteamento de medicações essenciais e provisão de seguros saúde) não prejudiquem a equidade em saúde e investir em pesquisa (desenvolvimento de tratamentos para doenças negligenciadas) e compartilhar o conhecimento produzido com potencial para salvar vidas (como nas patentes de medicações) (CSDH, 2008). O termo “*accountability*”, que remete à transparência das relações contratuais, tende a reforçar uma visão moral sobre a política, que tem na corrupção o “inimigo” a ser combatido, não a compreendendo como mais uma consequência (prejudicial, sem dúvida) do domínio da esfera política pela esfera econômica.

Sobre as possibilidades de contribuições do setor privado, o Relatório Final afirma:

Where the Commission reasserts the vital role of public sector leadership in acting for health equity, this does not imply a relegation of the importance of private sector activities. It does, though, imply the need for recognition of potentially adverse impacts, and the need for responsibility in regulation with regard to those impacts. Alongside controlling undesirable effects on health and health equity, the vitality of the private sector has much to offer that could enhance health and wellbeing (CSDH, 2008, p. 23).

Em resposta Birn (2009) afirma:

Esta afirmación optimista oculta la realidad de que los intereses de los sectores privados son por definición únicamente responsables ante sus propietarios/accionistas privados. Las transnacionales se han beneficiado enormemente de desobedecer leyes, de la explotación de los trabajadores y de la contaminación del medio ambiente, precisamente porque carecen de responsabilidad social y están incentivadas para hacerlo (p. 190).

Navarro (2009)²⁸ afirma ainda que a cultura acadêmica e as agências internacionais tendem a despolitizar o que é *político* em essência, tal como o tema da desigualdade, tendência esta que se traduz em discurso e prática tecnocráticos, que respondem a interesses de grupos. No que diz respeito à construção teórica, continua o autor, as universidades dos EUA, assim como agências internacionais, optam por obscurecer as raízes da desigualdade, uma vez que majoritariamente o financiamento dos relatórios é proveniente do governo norte-americano, o que estabelece um conflito de interesses e compromete a autonomia destas instituições.

Como a CSDH não é incisiva ao questionar a estrutura e a condução das políticas macroeconômicas, pode-se compreender que a opção é por evitar o descontrole das consequências da desigualdade. Há, novamente, um pretensão tom conciliador entre os diferentes posicionamentos políticos frente ao capitalismo.

A conclusão do capítulo do documento conceitual é muito esclarecedora em relação às expectativas da comissão:

The 1990s were characterized by ideologically charged confrontations on globalization, often cast as either “all good” or “all bad”. This climate of binary opposition has given way to more nuanced analyses in many circles. Recognizing the complexity and ambiguity of unfolding global political-economic processes, many actors have committed to a more pragmatic cooperative stance (Irwin, Scali, 2010).

Uma atuação mais pragmática é uma via para evitar um posicionamento mais explícito em relação ao capitalismo globalizante²⁹. Ao contrário, a Comissão afirma ser possível extrair benefícios do “processo global”, mesmo diante dos malefícios provocados por este, como se pode observar na afirmação em destaque.

²⁸ O artigo de Navarro é anterior à publicação do documento que é objeto de estudo desta dissertação. Porém, pela precariedade teórica da abordagem sobre o poder e sua relação com o modo de produção capitalista no documento publicado em 2010, considera-se que a crítica permanece relevante.

A shared interest has emerged in maximizing the real benefits of global processes while at the same time acknowledging the harm they can cause, in particular to vulnerable groups, and instituting policies to limit these negative effects and achieve a more equitable distribution of costs and benefits (Irwin, Scali, 2010, p. 25).

A proposta da Comissão parece tentar equacionar os danos provocados pelo sistema económico, como se fosse possível calcular um limite para as consequências sociais e atenuar o sofrimento provocado pela desigualdade, através de ações parcelares e de responsabilização do indivíduo.

Mas, é importante lembrar que, mais do que um meio, a “liberdade individual” é o horizonte político da Comissão:

Para la CDSS [CSDH] una sociedade justa se caracteriza por proporcionar un alto grado de libertad a todos sus miembros por igual. Esto implica que las desigualdades de salud en sí mismas no son intrínsecamente problemáticas, ya que las desigualdades que son el resultado de elecciones libres de una persona son aceptables y justas. Este enfoque parte una postura de justicia liberal redistributiva basada en la idea de que el individuo desarrolla capacidades o funcionamientos valiosos al decidir en libertad sobre su salud y su enfermedad (Morales-Borrero et al, 2013, p. 802).

Assim, a defesa, por parte da Comissão, da importância de políticas de educação e renda, por exemplo, não tem como finalidade a construção de uma nova sociabilidade. Uma demonstração disso pode vista no que diz respeito à ligação unívoca entre saúde e “educação e primeiros anos de vida”, em que a Comissão afirma: “crianças e membros da família com problemas de saúde diminuem o sucesso e o potencial educacional, assim como a capacidade desses indivíduos de solucionar problemas da vida e perseguir seus objetivos” (OMS, 2011, p. 12).

Portanto, “liberdade individual” defendida pela Comissão significa que cabe ao sujeito, solucionar seus problemas e perseguir seus objetivos por si mesmo. A despeito da frágil defesa da Comissão sobre os termos capital social e coesão social, os valores sociais de cooperação e de coletividade não fazem parte de seu escopo político.

O “ciclo vicioso” apresentado pela CSDH tem duas implicações diretas no campo das ações. No que tange a ação individual, os indivíduos que já sofreram agravos receberão cuidados de reabilitação de acordo com “seu potencial de resultados”, através de políticas focalizadas de “diminuição das consequências desiguais da doença” (quadros 6.10, 6.12 e 6.15). Não há, contudo, a ênfase na previsão de ações de cura para os agravos incapacitantes, o que é coerente com a defesa limitada de um sistema universal de saúde pela Comissão. Ao que parece, a responsabilidade, antes atribuída à clínica, de recuperar os corpos para o trabalho, agora é compartilhada com as políticas intersetoriais - articuladas pela governança e

motivadas pelo *empowerment* - que devem romper com o ciclo vicioso entre pobreza e doença, ajudando o indivíduo a se subordinar aos ditames do mercado de trabalho.

Ademais, convém lembrar que o critério de “potencial de resultados” para elegibilidade de pessoas para reabilitação é bastante adequado à equação proposta pelo Banco Mundial para calcular a melhor relação custo-benefício para o investimento dos gastos em saúde. O Banco propôs em 1993 o indicador (DALY – *disability-adjusted life year*), que considera anos de vida “saudável” perdidos por mortalidade prematura e anos produtivos perdidos como resultado de incapacidade para determinar qual pacote de ações de saúde deve ter financiamento estatal:

em síntese, o modelo de análise proposto pelo Banco Mundial se baseia enormemente na valorização da produtividade econômica dos grupos populacionais. Assim, o papel do Estado enquanto provedor/financiador de serviços de saúde se resumiria a garantir o suprimento e a preservação de indivíduos aptos para o mercado de trabalho – através da atenção à saúde da criança e à gestação e ao parto e de ações para preservar a capacidade de trabalho dos adultos (Mizocsky, 1995, p. 7).

A Comissão anuncia que a perspectiva dos DsSS representa uma “revolução copernicana” no campo da saúde (Irwin, Scali, 2010). No entanto, o documento analisado reapresenta perspectivas teóricas sem nenhuma inovação. A concepção multicausal da doença, baseada na tríade agente-meio-hospedeiro, em que doença e pobreza se apresentam em um ciclo que diz respeito ao indivíduo, não oferece nenhuma possibilidade de mudança à compreensão da saúde. Assim como a ideia imprecisa de equidade que permite a ênfase na responsabilidade do sujeito e na liberdade individual, através do *empowerment* e de ações promoção da saúde, baseadas no risco e na vulnerabilidade individual, apenas reitera as práticas de saúde que culpabilizam as “vítimas” das desigualdades e que já fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde. A opção teórica da Comissão é intencional e alinhada com o atual regime de acumulação capitalista – ou seja, à organização neoliberal do Estado, à reestruturação produtiva e à globalização. Coerentemente a esse alinhamento político, a CSDH propõe a interpretação dos “determinantes” das desigualdades em saúde na mesma perspectiva da teoria da multicausalidade, apenas agregando indicadores associados à perspectiva sócio-econômica, a partir da lógica capitalista.

Apesar da expectativa que causou, mesmo entre seus críticos, a proposta de DsSS da CSDH, muito longe de ser uma mudança na perspectiva em relação ao objeto, representa uma inovação apenas no plano retórico, por meio da utilização de termos polissêmicos gerados ou capturados pela hegemonia ideológica neoliberal, como equidade, governança, participação, *empowerment*, *neighborhood*, bem como de termos que apenas remetem à estrutura social - como estratificação social e posição socioeconômica, mas que não explicam a origem da

desigualdade social. Ao contrário, a perspectiva exposta pela Comissão assume a estratificação como uma realidade estática, na qual as desigualdades estão fixadas, e não sinaliza, ao menos, as possibilidades de mobilidade social.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo respondeu aos objetivos propostos.

Em relação ao primeiro objetivo, identificou-se a opção da CSDH pelo uso da estratificação social de matriz weberiana como “determinante social estrutural da saúde” para explicar a origem da desigualdade social. Quanto aos conceitos utilizados na interpretação do processo de saúde, encontram-se a multicausalidade, expressa tanto nos determinantes estruturais e como nos intermediários; a circularidade entre pobreza e doença, baseada no modelo de seleção social e referenciada em Diderichsen, do qual fazem parte a vulnerabilidade e o risco, que tem como característica a perspectiva acumulativa, expressa em diferentes níveis de exposição.

Na análise destes conceitos, compreende-se que a opção pela estratificação social weberiana dissimula as relações de classe, remetendo a “fatores” como “poder aquisitivo” e não à relação de exploração da força de trabalho entre as classes sociais. Sem um referencial que permita comunicar as contradições fundantes da sociedade contemporânea, a Comissão recorre a diversos modelos interpretativos, que complementares entre si, funcionam também como fatores. Os conceitos utilizados são provenientes do campo da Saúde Pública e da epidemiologia linear hegemônica, conservando, portanto, as perspectivas funcionalista e determinista. O processo de saúde se reduz a uma explicação restrita a um círculo fechado em si mesmo, no qual a doença e a pobreza são ao mesmo tempo causa e efeito.

Em relação ao segundo objetivo, identificou-se que as diretrizes das ações propostas são coerentes com o quadro conceitual apresentado. A CSDH defende práticas identificadas com o campo da Saúde Pública, como as ações de prevenção de exposição aos riscos, e particularmente às do campo da Promoção da Saúde, como intervenções sobre o “estilo de vida” individual. Partindo de um conceito intencionalmente impreciso de *equidade*, as ações propostas são focalizadas, tem como objeto o risco e vulnerabilidade individuais. O horizonte político da Comissão funda-se em princípios liberais, inspirados em John Rawls e Amartya Sen.

Coerentemente com os objetivos de responsabilização do indivíduo pela sua saúde e a liberdade de escolha individual, uma das principais estratégias propostas é o *empowerment*, que deve ser desenvolvida pelo Estado. Esta tornaria o sujeito apto para participar dos espaços políticos subordinados à *governança*, em que estão envolvidos como “participantes” o Estado, a sociedade civil e o “mercado”. No entanto, diante de uma relação de poder assimétrica não

há o enfrentamento da desigualdade, mas sim o arrefecimento da luta de classes. Neste contexto, a participação se converte em um meio de reiteração da dominação.

Para a teoria da determinação social, no entanto, o trabalho, atividade que realiza a mediação entre ser humano e natureza, é o princípio socializador que permite a satisfação de necessidades. Do trabalho originam-se potenciais de desgaste e fortalecimento que, por sua vez, determinam potenciais de desgaste e fortalecimento na dimensão do consumo. Todavia, uma vez que a sociedade está dividida em classes sociais, que estabelecem relações de trabalho desiguais entre si, este perfil de reprodução social é heterogêneo e, portanto, os perfis de saúde-doença são desiguais. Respondendo ao terceiro objetivo, pode-se afirmar com base na teoria da determinação social da saúde, que o padrão explicativo da CSDH, apesar da tentativa de se afastar do modelo biomédico, por ser fundado no causalismo, obscurece a compreensão da essência do processo saúde-doença. Por se restringir à aparência dos fenômenos, o conteúdo do documento estudado atua ideologicamente na manutenção das relações de exploração.

Assim, a CSDH para abordar a desigualdade recorre a terminologias que remetem à estrutura social, como “determinantes sociais da saúde”, “estratificação social”, “posição sócio-econômica” e inequidade, mas que não revelam quais são as raízes da desigualdade social. Da mesma forma, diante do visível crescimento da desigualdade, a Comissão lança mão de terminologias, a exemplo de equidade, governança e *empowerment*, que estabelecem uma aparência de conciliação, colocando em pauta questões sociais, mas que mantêm ocultas as contradições capitalistas.

Portanto, respondendo ao objetivo geral deste estudo, é possível concluir que o discurso da CSDH expressa uma mudança retórica, pois apenas *reutiliza* os conceitos oriundos do campo teórico da Saúde Pública e incorpora termos que têm origem no contexto de hegemonia ideológica neoliberal.

O discurso da CSDH, além de insuficiente para subsidiar o enfrentamento das desigualdades em saúde, contribui para a construção de uma subjetividade que deve se adaptar à exclusividade da responsabilidade individual no interior da reprodução social, seja na dimensão produtiva ou na dimensão do consumo, e encobre a perspectiva da luta de classes.

A Saúde Coletiva, apesar de se constituir como um projeto teórico-prático incompleto - que demanda aprofundamento - pode contribuir com o enfrentamento das desigualdades.

O arcabouço teórico-metodológico da epidemiologia crítica revela como se desenvolvem os processos de adoecimento das classes. Em tempo de flexibilização do

trabalho e de fragmentação da classe trabalhadora é fundamental denunciar a sociedade de classes e a exploração do trabalho.

As práticas da Saúde Coletiva podem - em uma perspectiva emancipatória - reivindicar uma ideia de participação que, ao invés de atenuar as tensões sociais, remeta à totalidade dos processos sociais. Para tanto, precisa considerar a heterogeneidade da classe trabalhadora, cada vez mais precarizada e identificar como se dão e onde se encontram suas formas de luta contemporânea.

Este engajamento - que não é apenas acadêmico - ao denunciar o trabalho reificado, deve anunciar o trabalho como atividade criadora humana, que é incompatível com a exploração de uma classe sobre a outra.

REFERÊNCIAS

Almeida HA, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS (organizadoras). Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole, 2013.

Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Cad Saúde Pública, 2002;18(Supl):23-36.

Almeida Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). Saúde Deb. 2009; 33(83):349-69.

Almeida Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. Washington: OPAS; 1999.

Anderson P. Além do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P (organizadores) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2000.

Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do trabalho. 16ª ed. São Paulo: Cortez; 2015.

Antunes R, organizador. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2006.

Arellano OL, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social. 2008;3(4):323-335.

AROUCA S. O Dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Unesp; 2003.

Bañados YC. Indeterminaciones en “los determinantes sociales de salud”. Cuad Méd Soc. 2012;52(3):22-29.

Barbosa RHS. Retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. *Trab.Educ.Saúde*. 2010;8(1):9-26.

Bekemeier B. “Upstream” nursing practice and research. *Appl Nurs Res*. 2008;21(1):50–52.

Birn AE. ¿Politizándolo o puliéndolo? Subsanan las desigualdades em una generación: alcanzar la equidade sanitária actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Medicina Social*. 2009;4(3):189-201.

Black report forward. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>

Borde E, Hernández Alvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana. *Saúde Deb*. 2015;39(106):841-54.

Brasil. Decreto de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. *Diário Oficial da União*. Brasília, 14 mar. 2006. Seção 1:21.

Breilh J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP (org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud coletiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013;31(1):13-27.

Breilh J. Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud. In: *Taller Latino Americano sobre Determinantes Sociales de La Salud*; 2008 set.30-2; México. México: ALAMES; 2008. p. 1-16.

Breilh J. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. In: Morales C, Eslava JC. *Tras las huellas de la determinación: memórias del*

Seminário Interuniversitário de Determinación Social de la Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.

Breilh J. A reprodução social e a investigação em Saúde Coletiva. Construção do pensamento e debate. In: Costa DC, organizador. Epidemiologia: teoria e objeto, São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

Caligaris C. Desigualdade. Folha de São Paulo, edição de 18/02/2016.

Calipo SM. Saúde, Estado e Ética – NOB/96 e a lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007;11(23):605-18.

Campos CMS. Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas: as práticas do enfermeiro na Atenção Básica [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. Rev Esc Enferm USP 2014;48(Esp):119-25.

Carcanholo R. Capital: essência e aparência. São Paulo: Expressão Popular; 2011.

Carvalho I. O fetiche do “Empoderamento”: do conceito ideológico ao projeto econômico político. In: Montañó, C (org). O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

Comission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.

Cordeiro L, Soares CB, Oliveira E, Oliveira LC, Coelho HV. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc* 2014;23(3), p.897-907.

Cordeiro L. Pesquisa-ação na área da saúde: uma proposta marxista a partir da revisão de escopo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

Costa Filho DC. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença. *Saúde em Debate* 1978;6:65-66.

Costa NR. Ciências sociais e saúde: considerações sobre o nascimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Saúde Deb.* 1992;(36):58-65.

Coutinho JP. A desigualdade não é imoral. *Folha de São Paulo*, edição de 29/12/2015.

Dantas A. Todos pela participação: quando o consenso denuncia a dominação. In: Montañó C, organizador. *O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”*. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

Department of Health and Social Security (DHSS). *Inequalities in health: report of a research working group (Black report)*. London, 1980. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>

Diderichsen F. Foreword. In: Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO; 2010.

Dussel E. *La producción teórica de Marx: un comentario a los Grundrisse*. México: Siglo XXI; 1991.

Engels F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: Antunes R, organizador. *A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels*. São Paulo: Expressão Popular; 2004.

Engels F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo; 2010.

Facchini LA. Por que a doença?: a inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli JT, organizador. Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993.

Ferraz OLM. A desigualdade não é imoral? Sobre as sutilezas do conceito de suficiência. Folha de São Paulo, p. 6, Caderno Ilustríssima. Edição de 13/03/2016.

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 6a ed. São Paulo: Ática; 1998.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Grupo ecléticos, missão comum. Ver. RADIS: Comunicação em Saúde, 2006;45:12-14 (arrumar referência no capítulo p.14). Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/45/reportagens/grupo-eclético-missão-comum>

Frankfurt HG. On inequality. Oxford: Princeton University Press, 2015.

Frederici S. Calibán y la bruja. Buenos Aires: Tinta Limón; 2010.

Freire P, Schor I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

Forlin DC. A visita domiciliar do enfermeiro na atenção básica: uma proposta de prática emancipatória [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Gamboa SAS. A dialética na pesquisa em educação: elementos de contexto. In: Fazenda I, organizadora. Metodologia da pesquisa educacional. São Paulo: Cortez; 2000. p. 91-115.

Gandra E. Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud. In: Taller Latino Americano de Medicina Social; 1991 mar.16-19; Caracas. Caracas: ALAMES; 1992. p. 41-55.

Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. Saúde Soc. 2014;23(4):1173-1182.

Harvey D. O novo imperialismo. São Paulo: Loyola; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [Internet]. Brasil em síntese: taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos. Brasil; 2000-2015 Disponível em <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>

Irwin A, Scali E. Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates). Geneva: WHO; 2010.

Lacaz FAC. O sujeito n(d)a Saúde Coletiva e pós-modernismo. Cienc Saúde Coletiva. 2001;6(1):233-42.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa, Government of Canada, 1974.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 135-58.

Laurell AC. Trabajo y Salude: estado del conocimiento. In: Franco S, organizado. Debates em medicina social. Quito: OPS; 1991. p. 249-339.

Lobato M. Jeca Tatu: a ressurreição. In: Problema vital, Jeca Tatu e outros textos. São Paulo: Globo, 2010. P. 101-11.

Marini RM. Dialética da dependência. In: Traspaldini R, Stedile JP, organizadores. Ruy Mauro Marini: vida e obra. São Paulo: Expressão Popular; 2011. p. 131-172.

Marx K. O capital. 3ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira; 1975.

Marx K. Carta a Joseph Weydemeyer. Disponível em <https://www.marxists.org/portugues/marx/1852/03/05.htm>

Marx K. O 18 brumário de Luís Bonaparte. In: A revolução antes da revolução. São Paulo: Expressão Popular; 2015.

Marx K. Introdução à contribuição para a crítica da economia política. Disponível em <https://www.marxists.org/portugues/marx/1859/concritconpoli/introducao.htm>

Marx K. As lutas de classe na França. In: A Revolução antes da revolução. São Paulo: Expressão Popular; 2015b. 448 p.

Marx K, Engels F. Manifesto Comunista. Coggiola O, organizador. São Paulo: Boitempo; 2007.

Marx K. Manuscritos econômicos-filosóficos. São Paulo: Boitempo; 2010.

Marx K. Miséria da Filosofia. São Paulo: Ícone; 2004.

Marx K. Para a crítica da economia política. In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural; 1974.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Mészáros I. Filosofia, ideologia e ciência social. São Paulo: Boitempo; 2008.

Mizocsky MC. A agenda de reformas do Banco Mundial e a Política de Saúde: algumas notas para reflexão. Rev Saúde em Deb. 1995;47: 5-7.

Montaño C, organizador. O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC. Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública. 2013;15(6):797-808.

Navarro V, editor. Neoliberalism, globalization and inequalities: consequences for health and quality of life. New York: Baywood Publishing Company, 2007.

Navarro V. The world health situation. *International Journal of Health Services*. 2004; 34 (1): p. 1–10.

Navarro V. El crecimiento de las desigualdades: causas y consecuencias, 2015. Disponível em: <http://www.vnavarro.org/?p=12367>.

Navarro V. El porque de las desigualdades: una crítica del libro de Thomas Piketty – Capital in Twenty-first century, 2014. Disponível em: <http://www.vnavarro.org/?p=11701>.

Navarro V. Development and quality of life: a critique of Amartya Sen's Development as Freedom. *International Journal of Health Services*. 2000;30(4):661-674.

Navarro V. What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*. 2009;39(3):423-41.

Netto J P. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2011.

Nogueira RP. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde Deb*. 2009;33(83):397-406.

Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*. 1994; 3(2):5-21.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS; 2011.

Organização Mundial de Saúde (OMS). In Brasil: As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde; 2002.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Carta de Ottawa. In: Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986.

OXFAM Internacional. Privilégios que negam direitos: desigualdade extrema e captura política na América Latina e no Caribe. Oxford; 2015.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública. 1998;32(4):299-316.

Paim JS. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública. 2013;29(10):1927-1953.

Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? Saúde em Debate. 2012;36(94):343-347.

Pêcheux M. O discurso: estrutura ou acontecimento. 4a. ed. Campinas: Pontes; 2006.

Piketty T. O Capital no século XXI. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

Pinto GA. A organização do trabalho no século XX: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão Popular; 2013.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção da Enfermagem em Saúde Coletiva. In: Livro resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996 out; São Paulo. São Paulo: ABEn – Seção SP; 1996. p.347.

Rocha PR, David HMSL. ¿Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(1):129-135.

Sader E. A vingança da história. São Paulo: Boitempo; 2003.

Sabroza PC. Concepções sobre saúde e doença. Curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde. Educação a distância. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca [Internet]. Rio de Janeiro; 2006. [citado 2016 jan. 10]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>

São Paulo. Boletim CEInfo; 2015. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf

Soares CB, Campos CMS e Yonekura T. Marxismo como referencial teórico metodológico em Saúde Coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. Rev Esc Enferm USP 2013;47(6):1403-9

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO; 2010.

Souza DO, Silva SEV, Silva NO. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. Saúde Soc. 2013;22(1):44-56.

Stotz EN. A Saúde Coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: Canesqui AM. Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1997. p. 273-84.

Stotz EN. Necessidades de saúde: conceito, valor, política: uma revisão autocrítica. Revista Intervenções. 2016;1(1):66-75.

Stotz EN, Araujo JWG. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade. 2004;13(2):5-19.

Sucupira F, Freitas TV. As desigualdades de gênero nos usos do tempo. In: Moreno R, organizadora. Feminismo, Economia e Política. São Paulo: SOF-Sempreviva Organização Feminista; 2014.

Tambellini AT, Schütz GE. Contribuição para o debate do CEBES sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. Saúde Deb. 2009;33(83):371-379.

Teixeira F, Frederico C. Marx no século XXI. São Paulo: Cortez; 2009.

Vasapollo L. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: Antunes R, organizador. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 45-58.

Vásquez AS. Filosofia da práxis. São Paulo: Expressão Popular; 2011.

Vázquez MF. 'Poder y Feminismo: elementos para una teoría política' [tese]. Barcelona: Faculdade de Ciência Política, Universidade Autônoma de Barcelona; 2013.

Viana N, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da Saúde Coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 107-42.

Ventura D, Perez FA. Crise e reforma da Organização Mundial de Saúde. Lua Nova, São Paulo, 92: 45-77, 2014

Waitzkin R. Uma visão marxista sobre atendimento médico. São Paulo: Avante, 1980.

Waitzkin H. The second sickness: contradictions of capitalismo health care. Revised and updated ed. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers; 2000.

Waitzkin R. Social Medicine then and now: lessons from latin America. American Journal of Public Health. 2001;(91)10:1592-1601.

World Health Organization, site oficial. Disponível em <http://www.who.int/about/what-we-do/en/>

World Health Organization, site oficial. Disponível em http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/

World Health Organization [Internet]. Geneva; 2015. [citado 2015 nov. 10]. Disponível em: http://www.who.in/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/

Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde Soc.* 2007;16(3):26-34.