



UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

JÚLIA ARÊAS GARBOIS

**PARA CRÍTICA AO CAMPO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA
SAÚDE**

VITÓRIA
2014

JÚLIA ARÊAS GARBOIS

**PARA CRÍTICA AO CAMPO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Francis Sodré.

VITÓRIA
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

G214p Garbois, Júlia Arêas, 1986-
Para crítica ao campo dos determinantes sociais da saúde /
Júlia Arêas Garbois. – 2014.
105 f.

Orientador: Francis Sodré.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Determinantes sociais da saúde. 2. Ciências. 3.
Sociologia. 4. Saúde coletiva. I. Francis Sodré. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 614

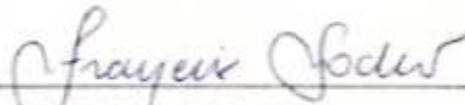
Júlia Arêas Garbois

Para crítica ao campo dos Determinantes Sociais da Saúde

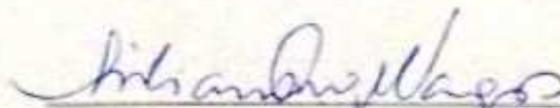
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 03 de abril de 2014.

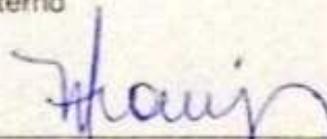
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^o. Dr^o. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientador



Prof^o. Dr^o. Lilliana Angel Vargas
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Membro Externo



Prof^o. Dr^o. Maristela Dalbello-Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro interno

Ao meu esposo Luiz Henrique, por todo amor, compreensão, apoio e incentivo a cada passo desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Mãe natureza por fazer parte desse momento de minha vida, inspirando-me, acolhendo-me, renovando-me e despertando-me.

Agradeço ao Luiz Henrique, um grande companheiro que escolhi para seguir minha caminhada, pessoa especial em minha vida. Agradeço pelo colo - de marido, de mãe, de pai, de amigo, de amante - tão presente nesse percurso, em que minhas ausências se fizeram em alguns momentos. Agradeço, sobretudo, por confiar em mim no momento em que eu buscava a minha própria confiança. Obrigada por me encorajar sempre. Te amo tanto!

Agradeço à minha querida família Arêas-Garbois que eu tanto amo. Em especial a meus pais, Ovídio e Nilcéa, por estarem sempre me apoiando e contribuindo para que a Júlia se realize. Às minhas irmãs Carolina e Bárbara pelo incentivo e apoio e ao meu amado sobrinho-afilhado Gabriel que tanta alegria e aprendizado traz para minha vida.

A meus tios Maria do Carmo e Eduardo, meus 'pais cariocas', por participarem afetosamente de minha trajetória desde a graduação, acolhendo-me, aconselhando-me e apoiando-me sempre. Amo vocês.

Agradeço à minha orientadora, Dr.^a Francis Sodré, que com sabedoria e afeto acolheu minhas inquietações, respeitou os meus momentos e me ensinou nas 'entrelinhas' a arte de ser mestre. Sem dúvida, uma grande parte da Júlia de hoje leva um precioso pedaço seu!

Agradeço muito a todos os amigos do Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GEMTES) que me acolheram - física, espiritual e intelectualmente - em tantos momentos. As amizades conquistadas, as trocas realizadas, serão levadas comigo para sempre, para muito além deste trabalho.

Aos professores e funcionários da instituição, pela convivência prazerosa e valiosas contribuições. Especialmente à professora Dra. Rita de Cássia Duarte Lima por ter me permitido vivenciar, pela primeira vez, a experiência incrível da docência e por confiar em meu trabalho. E à prof. Dra. Maristela, que em sua sabedoria de mestre, acolheu as minhas inseguranças e participou de forma especial no incentivo a este trabalho.

Também não poderia deixar de incluir nestes agradecimentos as minhas professoras de graduação Dra. Liliana Angel Vargas, por fazer parte da trajetória que culminou com o interesse em pesquisar o 'social', e Dra. Florence Romijn Tocantins, por me ajudar carinhosa e sabiamente na construção do projeto que veio a culminar nessa dissertação. A vocês, um abraço carregado de afeto!

Agradeço também à tia Zilene e à Bartyra, que foram fundamentais no final desta caminhada, acolhendo meus medos, fantasmas, angústias, despertares e descobertas com tanto zelo, amor e carinho.

E à minha vida, que no encontro com tantas outras vidas, a cada dia se enche de mais VIDA!

Onde meus talentos e paixões encontram as necessidades do mundo, lá está o meu caminho, o meu lugar.

(Aristóteles)

RESUMO

GARBOIS, J.A. **Para crítica ao campo dos determinantes sociais da saúde.** Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014, 105 p.

O presente estudo analisa as relações entre a 'saúde' e o 'social' na Saúde Pública brasileira, especificamente a partir da noção de 'determinação social da saúde', focando-a em dois momentos importantes: a década de 70, quando ocorre a construção dessa noção a partir da corrente médico-social latino-americana, e a retomada dessa discussão no século XXI sobre a chancela de 'determinantes sociais da saúde'. Possui como objetivos: Caracterizar a noção de 'determinação social' a partir do positivismo nas ciências sociais; pesquisar a construção da noção de 'determinação social da saúde' na Saúde Pública brasileira; descrever perspectivas de análises sobre o campo dos determinantes sociais da saúde a partir da polaridade entre a 'saúde' e o 'social'. Para o alcance dos objetivos, foi realizado um estudo exploratório, através da pesquisa bibliográfica (livros e bases de dados virtuais) e da pesquisa documental. Inicialmente apresentamos os pressupostos teórico-filosóficos sobre os quais a ciência moderna se assentou e que construíram a base da corrente positivista. Após, caracterizamos, em linhas gerais, essa corrente de pensamento, para, finalmente, interpretarmos a noção de 'determinação social' a partir de Durkheim – uma das principais análises dentro do campo das ciências sociais. Logo após, trazemos a construção da noção de determinação social da saúde a partir da crítica latino-americana da década de 70 ao discurso hegemônico do período sobre o processo saúde-doença. O pensamento latino-americano teve grande produção teórico-política brasileira em um lugar de vanguarda quando comparado a todos os países da América do Sul e Central. Entre outras agendas, a noção de determinação social da saúde, oriunda dos movimentos sociais, pautou a reforma sanitária brasileira, colocando-se como cerne do debate. Noção esta que sustentou a 'bandeira política' defendida pelo movimento sanitário na luta por melhores condições de vida e de saúde no Brasil. Em seguida, apresentamos a configuração político-científica mais recente do campo dos determinantes sociais da saúde, destacando que ocorre um enfoque predominantemente reducionista sobre o social. Logo após, trazemos categorias do pensamento da sociologia crítica e da sociologia contemporânea, de forma a oferecer elementos de análise para a crítica à forma como hegemonicamente vem se pautando o discurso no interior do campo dos determinantes sociais da saúde. Ambas as perspectivas apresentam-se de forma não excludentes, não hierárquicas e não concorrentes. Finalizamos tecendo considerações que, longe de serem finais, sinalizam para a necessidade de uma nova perspectiva de partida para os estudos atuais no campo dos determinantes sociais da saúde.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Determinação Social da Saúde. Determinação Social. Ciência Moderna. Sociologia

ABSTRACT

GARBOIS, J.A. **For a critical to the field of social determinants of health.** Dissertation (Public Health) - Graduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2014, 107 p.

This study analyzes the relationship between 'health' and 'social' in the Brazilian Public Health, specifically the notion of 'social determinants of health', focusing on two important moments: the 70's, when the construction of this notion occurred from the medical and social Latin American chain, and the resumption of this discussion in the XXI century, over the seal of 'social determinants of health'. It possessed the following objectives: characterize the notion of 'social determinants' from positivism in the social sciences, search the construction of the notion of 'social determinants of health' in the Brazilian Public Health; describe perspectives analysis on the field of social determinants of health from the polarity between 'health' and 'social'. To achieve the objectives, an exploratory study was conducted through literature (books and virtual databases) and documentary research. Initially we present the theoretical and philosophical assumptions upon which modern science was settled and that built the foundation of positivist current. After, we characterized, in general, this line of thought, to finally interpret the notion of 'social determinants' from Durkheim - one of the main analyzes within the field of social sciences. Soon after, we bring the construction of the concept of social determinants of health from the Latin American criticism of the 70s to the hegemonic discourse of the period on the health-disease process. The Latin American thought had great production in Brazilian's theoretical and policy at the forefront when compared to all the countries of South and Central America. Among other agendas, the notion of social determinants of health, arising from social movements, guided the Brazilian health reform, placing itself as the heart of the debate. This notion sustained the 'political banner' advocated by health movement in the struggle for better living conditions and health in Brazil. Then, we present the latest scientific-political configuration of the field of social determinants of health, emphasizing a predominantly reductionist focus on the social occurs. Soon after, we bring the categories of the thought of critical's sociology and contemporary's sociology in order to provide elements of analysis to the critique of how hegemonic discourse has been guided within the field of social determinants of health. Both perspectives are presented in a non-exclusive, non-hierarchical and non-competitive way. We end with considerations that, far from being final, point to the need for a new perspective from which to current studies in the field of social determinants of health.

Keywords: Social Determinants of Health Social. Social Determination of Determination. Modern Science. Sociology.

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GEMTES	Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNUD	Projeto Regional para a Superação da Pobreza do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RIO + 20	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável
SciELO	Scientific Electronic Library Online
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. DA CIÊNCIA ARISTOTÉLICA À CIÊNCIA MODERNA: A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA VISÃO DE MUNDO	21
2.1 A CIÊNCIA ARISTOTÉLICA	22
2.2 A CIÊNCIA MODERNA	26
2.3 O POSITIVISMO E OS CAMINHOS PARA A CONSTITUIÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS	34
2.4 AS CIÊNCIAS SOCIAIS E A INFLUÊNCIA DE DURKHEIM NA NOÇÃO E DETERMINAÇÃO SOCIAL	39
2.4.1 A determinação social nas primeiras organizações sociais	46
2.4.2 A determinação social nas sociedades organizadas	49
3. O DEBATE LATINO-AMERICANO E A SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA: A NOÇÃO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	54
3.1 A MUDANÇA DO LÉXICO E A MUDANÇA DO MÉTODO	59
3.2 A QUESTÃO DA DETERMINAÇÃO E A REINTERPRETAÇÃO DO SOCIAL-BIOLÓGICO	64
4. O CAMPO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: DO CENÁRIO MUNDIAL AO CENÁRIO BRASILEIRO	69
4.1 O DEBATE NA SOCIOLOGIA: DUAS PERSPECTIVAS CRÍTICAS SOBRE OS 'DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE'	78
4.1.1 A Perspectiva da sociologia crítica	79
4.1.2 A perspectiva da sociologia contemporânea	87
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
6. REFERÊNCIAS	100

1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo 'social' faz parte de minha história de vida.

Educada em berço espírita, em família que pregava e realizava a caridade, desde pequena já entrava em contato com atividades sociais na perspectiva da ação contra a miséria e a pobreza, acompanhando meu avô nas distribuições de cestas básicas às famílias 'carentes': o social como miséria, pobreza e o meu 'dever', como ser humano, de aliviar o sofrimento dos mais pobres, praticando a caridade.

Durante a graduação em enfermagem, o 'andar da vida' me proporcionou um grande encontro com a prof. Dra. Liliana Angel Vargas, através de um convite feito para eu enveredar pela senda da pesquisa de iniciação científica. Durante três anos da graduação tive a grata oportunidade de participar, como bolsista de iniciação científica, da pesquisa denominada "O direito à saúde em tempos de exclusão social". A pesquisa tinha como cerne de sua discussão a análise das possibilidades de se garantir o direito à saúde na sociedade brasileira, marcada pela desigualdade e injustiça social. Possuía como um dos cenários priorizados para sua análise a Estratégia Saúde da Família, uma prioridade dentro da política de saúde brasileira.

A participação nessa pesquisa possibilitou discussões que transformaram não apenas minha formação acadêmica, mas também meu projeto de vida, uma vez que me proporcionava um novo olhar sobre o social e também sobre a saúde. O social na perspectiva das contradições entre a 'injustiça' e o 'direito'. A saúde como um direito social em sua amplitude e não apenas como um direito ao acesso aos serviços de saúde. E o meu compromisso, como enfermeira, de ampliar as possibilidades do 'cuidar'. Para além da técnica.

Foram com essas expectativas que iniciei a minha primeira experiência profissional, por meio da Estratégia Saúde da Família do município de Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro. Uma área de grande pobreza, onde famílias e também nós, profissionais da saúde, sofríamos com as fragilidades de um sistema municipal de saúde incapaz de corresponder às reais necessidades e demandas.

Inquietações, angústias e frustrações faziam parte dessa experiência, principalmente quando ia realizar as visitas domiciliares e entrava em contato direto com famílias destituídas de qualquer possibilidade de garantia de um direito à vida. Um sofrimento entrar em casas onde imperava a negação a todos os direitos e ter que me colocar como enfermeira nos 'moldes' da Estratégia Saúde da Família: vacinação, prevenção e orientações.

Três anos depois, permiti-me dar vazão a essas inquietações, sentimentos, questionamentos, desejos não silenciados e até mesmo ainda mais despertados pela minha prática profissional. Buscar respostas (ou ainda mais questionamentos) para as inquietações vivenciadas no meu cotidiano de trabalho. Outros 'ares' me aguardavam na mudança para Vitória, na minha licença de Duque da Caxias, no meu 'casamento' com outras possibilidades de vida.

Foi então que ingressei no mestrado em Saúde Coletiva desta instituição e não imaginava que este ingresso iria trazer profundas mudanças em minha vida. Mudanças essas que começaram por meio de um verdadeiro encanto com os novos conhecimentos, com as novas formas de olhar o mundo, com novos desejos, possibilitados pelas disciplinas cursadas e por um grupo mais que acolhedor: o Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES), coordenado pelas Professoras Dra. Maristela Dalbello Araujo e Dra. Francis Sodré. Foi nesse grupo que as sementes plantadas ao longo da minha trajetória encontraram terreno fértil para serem germinadas, onde as minhas inquietações foram acolhidas e se aproximaram das inquietações de Francis.

Um projeto de pesquisa que chegou tão 'ingênuo', mas que tinha por trás tanta sede de conhecimento, de novas possibilidades de explorar a temática da determinação social da saúde. Foi então que, nos encontros, nas orientações, nos diálogos, os questionamentos foram surgindo, através de um convite da Francis a navegar em 'mares' por mim desconhecidos, mas bastante desejados. Uma única certeza: de que, por mais desconhecido que fosse, ele me traria uma nova forma de ver, de lidar e de viver a vida.

Foi nessa trajetória que a temática da determinação social da saúde começou a ganhar alguns questionamentos. Se queremos pesquisar sobre a *determinação social* da saúde, por que não começar buscando, na sociologia, elementos capazes de nos fazer compreender, inicialmente, a noção de ‘determinação social’? Como esta noção de determinação social é incorporada no discurso da Saúde Pública brasileira, através da noção de ‘determinação social da saúde’? Como se configura atualmente o debate sobre a determinação social da saúde? Que elementos teóricos a sociologia atualmente pode nos trazer para dialogar com esta temática?

Para responder a essas questões enveredamos pelo percurso de um estudo exploratório, que se tornou possível através da pesquisa bibliográfica¹ e da pesquisa documental.

A pesquisa bibliográfica levou em consideração as orientações dadas por Gil (2009) para coleta de informações, uma vez que buscamos uma profunda análise do tema, em fontes bibliográficas de variadas naturezas, como livros, publicações periódicas, além de outros impressos diversos, portais eletrônicos, dentre outras fontes. Para o referido autor:

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 2009, p. 45).

Assim, a pesquisa bibliográfica iniciou-se em referenciais da filosofia e das ciências sociais no intuito de entender o termo ‘determinação’. Deparamos-nos com o termo ‘determinismo’. Visto tratar-se de um termo científico, pesquisamos na filosofia da ciência a trajetória histórica que culminou com a aplicação desse termo na ciência. A busca priorizou o entendimento das principais rupturas estabelecidas entre a ciência antiga e a ciência moderna, assim como se focou nos principais pressupostos teórico-filosóficos que deram sustentação a uma visão de mundo determinista.

¹ A maior parte da pesquisa bibliográfica foi realizada através de fontes de papel: os livros. Foi possibilitada pelo acesso às bibliotecas da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

Os termos mais utilizados nessa busca foram: ciência antiga, ciência moderna, física moderna, física aristotélica, revolução científica, história da ciência. Esse percurso foi de grande importância para entendermos o contexto epistemológico que sustentou o surgimento das ciências sociais como disciplina de um saber específico.

Em seguida, partimos para a literatura das ciências sociais e optamos por realizar um corte no seu interior, a partir do positivismo, mais especificamente através das obras de Durkheim (1999, 2007), visto ser a corrente de pensamento que mais influência trouxe para o desenvolvimento de estudos científicos nessa área de saber. Dentro da literatura de Durkheim, as obras que mais trouxeram elementos de análise para entendermos e interpretarmos a noção de determinação social foram: “Da divisão do trabalho social” e “Regras do método sociológico”. Realizamos um fichamento bibliográfico da literatura selecionada a fim de separar os elementos de interesse para a análise.

Em seguida, a pesquisa bibliográfica partiu para a exploração da determinação social no interior da Saúde Pública/Saúde Coletiva, através da noção de ‘determinação social da saúde’. Iniciamos a pesquisa procurando dentre as produções científicas da corrente médico-social latino-americana, aquelas que mais se destacaram nas três últimas décadas do século XX, no sentido de trazer suporte teórico para a construção de um pensamento social na área da saúde (AROUCA, 2003, DONNÂNGELO, 1979, LAURELL, 1982; BREILH, 1991; GARCIA, 1983). Damos preferência para aqueles autores que não somente realizaram estudos com importantes contribuições da teoria social, mas também que marcaram a entrada de correntes do pensamento social na realização de uma nova leitura da Saúde Pública, a partir de uma perspectiva crítica à abordagem positivista que predominava na época. Essa nova leitura crítica demarca a construção, no plano teórico, de um novo campo de conhecimento, genuinamente brasileiro: o campo da Saúde Coletiva.

Almeida-Filho (2010, p.13), em avaliação dos eixos teóricos das publicações geradas por esses estudos, afirma haver “[...] clara hegemonia de marcos referenciais vinculados ao materialismo histórico, com especial destaque para as dimensões políticas dos processos de produção (condições de trabalho) e

reprodução (estruturas de classes) da sociedade”. Foi principalmente na década de 70 que essas correntes teóricas penetraram nos meios acadêmicos brasileiros.

Na década de 80, o Brasil vivia um de seus principais momentos políticos, marcado por intensas lutas sociais pela redemocratização do país e por grandes e importantes discussões política e científica de redefinição dos rumos da Saúde Pública brasileira. Sem dúvida, a noção de ‘determinação social da saúde’ foi uma ferramenta teórica de valiosa importância dos movimentos sociais na luta pela garantia dos direitos, dentre eles, o direito à saúde (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

A leitura dessas referências bibliográficas também foi sucedida pela realização de fichamento do material, no intuito de captarmos como foi construída a noção de ‘determinação social da saúde’ no interior da Saúde Pública brasileira.

Desde a virada do século, especialmente nos países do Norte, houve um processo de revitalização da temática da determinação social da saúde, através da atualização de suas raízes “neo-durkheimianas” (ALMEIDA-FILHO, 2004; 2010). Nessa atualização:

[...] 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 (ALMEIDA-FILHO, 2010, p.13).

A retomada da discussão sobre a determinação social da saúde na epidemiologia social contemporânea ocorre no sentido de fomentar um debate quase monopolista do tema ‘desigualdades’, por meio da constatação de importantes disparidades nas condições de vida, no acesso diferenciado a serviços assistenciais e na distribuição desigual de recursos de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2010).

É nesse contexto que a problemática da determinação social da saúde é capturada pelos organismos políticos internacionais, especialmente através da criação de uma comissão pela Organização Mundial da Saúde – OMS - em 2005, com a proposta de combater as desigualdades em saúde geradas pelos ‘determinantes sociais da

saúde'. Na América Latina, o Brasil 'importa' de prontidão esse discurso, criando uma comissão nacional especialmente para discutir estratégias que fossem capazes de viabilizá-lo em sua agenda política.

Assim, iniciamos a pesquisa documental no sentido de recolher fontes capazes de auxiliar-nos a estabelecer uma caracterização, ainda que geral, do atual campo de discussão política sobre a determinação social da saúde, agora vulgarizado sobre a chancela de 'determinantes sociais da saúde'. Foi o momento de buscarmos informações em portais oficiais nacionais e internacionais – Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, portais específicos de ambas as comissões – sobre o atual discurso político dos determinantes sociais da saúde.

A análise documental mostrou-se relevante por permitir-nos o acesso a documentos de 'segunda mão' (GIL, 2009), que de alguma forma já foram analisados: os relatórios de pesquisa da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS e da Comissão Nacional (brasileira) sobre os Determinantes Sociais da Saúde². São importantes ainda porque possibilitam resgates históricos relevantes aos temas de pesquisas, colaboram com a reflexão crítica a respeito dos mesmos e com compreensão da realidade atual (GIL, 2009).

Também visitamos o site do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes. A visita ao site nos possibilitou o acesso a fontes importantes sobre a temática, principalmente a Revista Saúde em Debate (v.33, n.83, 2009) e um livro ('Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária'). Ambas as publicações foram dedicadas especialmente à temática da 'Determinação Social da Saúde'. Outra fonte de informação em base de dados virtual que fez parte do percurso - no sentido de recolher dados para entendermos a discussão política sobre a temática - foi o site da Associação Latino-Americana de Medicina Social – Alames.

² Vale assinalar que, após o processo de qualificação dessa pesquisa, fizemos contato telefônico com um dos membros da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde - o prof. Dr. Jairnilson da Silva Paim - no sentido de buscarmos informações sobre as repercussões políticas da inserção desta temática e, dessa forma, guiarmos a pesquisa para a exploração do campo das políticas públicas. No entanto, viemos a saber que a comissão não mais existia e que essa temática se inseriu, de uma forma bastante fluida, nas ações ministeriais de promoção da saúde. Assim, optamos por explorar a temática a partir de uma perspectiva teórica.

Todas essas plataformas nos possibilitaram o acesso a documentos importantes (decretos, relatórios, publicações) sobre a temática e a sua repercussão político-científica na atualidade.

Logo após, realizamos uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde –LILACS – e da Scientific Electronic Library Online – SciELO - no intuito de buscar estudos científicos sobre a temática a partir de uma abordagem teórica.

A pesquisa no banco de dados da LILACS foi antecedida pela leitura de seu tutorial no intuito de entendermos o processo de busca dos artigos. Constatamos que os ‘Determinantes Sociais da Saúde’ faziam parte dos ‘Temas em Destaque’ – temas definidos como prioritários em saúde pela OPAS/OMS -, logo em sua página inicial. Como faz parte de um tema prioritário, o portal oferece uma busca ampla (1.706 artigos), quando se clica no link ‘Determinantes Sociais da Saúde’. Tal busca ampla deve-se à ausência de um descritor indexado específico, ou seja, não existe descritor tanto para ‘determinantes sociais da (de) saúde’ quanto para ‘determinação social da (de) saúde’. Assim, o sistema oferece uma combinação variada de descritores, tais como “educação em saúde”, “justiça social”, “participação comunitária”, etc. Nesse sentido, mesmo sabendo da inexistência de tal descritor, fizemos uma procura pelo termo, visto que o que nos interessava era uma abordagem teórica sobre essa noção e não uma abordagem baseada em dados empíricos.

Usamos os termos ‘determinantes sociais da saúde’, ‘determinantes sociais de saúde’, ‘determinação social da saúde’ e ‘determinação social de saúde’. Aplicamos os seguintes filtros: texto completo disponível, país/região como assunto: Brasil, idioma: português. Além disso, o recorte temporal dos artigos publicados foi feito entre os anos de 2008 a 2013, período que marca as repercussões científicas da retomada do debate sobre a ‘determinação social da saúde’ na agenda política. Dos 67 textos resultantes da busca inicial, foram lidos os títulos no intuito de selecionar aqueles que interessavam aos objetivos da pesquisa, o que resultou em cinco textos: 3 artigos, 1 livro e 1 relatório. Esses textos serviram de ponto inicial para

exploração do campo teórico da determinação social da saúde, assim como para a busca de outras referências bibliográficas.

No banco de dados da Scielo, utilizamos os termos: 'determinantes sociais de saúde', 'determinantes sociais da saúde', 'determinantes sociais', 'determinação social', 'determinação da saúde-doença'. Esses termos foram combinados através do operador 'OR'. A busca recuperou treze artigos situados período de 2004 a 2012. O corte temporal nessa base de dados foi aumentado para possibilitar a inclusão de um artigo que trazia contribuições importantes sobre a temática e que também se mostrava fonte para a busca de outras referências bibliográficas. Após leitura dos títulos e resumos, obtivemos apenas quatro artigos que pudessem responder aos interesses desta pesquisa (abordagem da determinação social da saúde a partir de uma perspectiva teórico-política). Esses artigos nos ajudaram na exploração da discussão teórico-política da determinação social da saúde, assim como possibilitaram a busca de outras fontes bibliográficas.

Tanto a pesquisa documental, como a bibliográfica possibilitaram-nos o entendimento de que o debate atual sobre o processo de determinação social da saúde ocorre predominantemente de forma fragmentada, especialmente sobre a denominação de 'determinantes sociais da saúde', uma vez que o termo 'determinantes' pressupõe o processo de determinação. Tal constatação acabou por nos 'provocar' a pesquisar, no interior das ciências sociais, correntes de pensamento que pudessem dialogar de uma forma crítica com essa atual configuração científica sobre a temática.

Diante desse cenário multifacetado, entendemos essa configuração, do ponto de vista epistemológico, como um 'campo': o campo dos determinantes sociais da saúde. Esse entendimento se sustenta no conceito de campo segundo o referencial produzido por Bourdieu (2004), que entende ser esse um espaço particular e heterogêneo, aonde se manifestam relações de poder através de uma infindável correlação de forças entre seus agentes na busca de sua conservação ou transformação; "[...] um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas" (BOURDIEU, 2004, p.20).

Recorremos, então, à pesquisa bibliográfica em fontes das ciências sociais, a partir de duas correntes teóricas distintas - porém não excludentes e não competitivas. A primeira corrente de pensamento focou autores que seguem a perspectiva da sociologia clássica, mais especificamente da sociologia crítica (pensamento marxista) e que problematizam o social a partir da 'questão social', além de trazerem uma releitura da 'determinação social da saúde'. A segunda corrente de pensamento focou autores da sociologia contemporânea (novas correntes de pensamento dentro da sociologia) que problematizam o 'social' a partir de sua segmentação e disciplinarização científica, assim como trazem dilemas postos na contemporaneidade que também atualizam o debate sobre a determinação social da saúde. Ambas as correntes teóricas foram apropriadas no sentido de buscarmos elementos de análise, categorias e conceitos que pudessem sustentar uma crítica ao campo da forma como ele aparece hegemonicamente como paradigma científico na atualidade.

Dessa forma, emergiram os objetivos dessa pesquisa:

- Caracterizar a noção de 'determinação social' a partir do positivismo nas ciências sociais;
- Pesquisar a construção da noção de 'determinação social da saúde' na Saúde Pública brasileira;
- Descrever perspectivas de análises sobre o campo dos determinantes sociais da saúde a partir da polaridade entre a 'saúde' e o 'social'.

Assim, esta dissertação foi organizada em três capítulos, que agora apresentamos. O primeiro capítulo foi dedicado a apresentar a construção da noção de determinação social a partir do positivismo nas ciências sociais. Inicialmente apresentamos os pressupostos teórico-filosóficos sobre os quais a ciência moderna se assentou e que construíram a base da corrente positivista. Após, caracterizamos, em linhas gerais esta corrente de pensamento, para, finalmente, interpretarmos a noção de 'determinação social' a partir de Durkheim – uma das principais análises dentro do campo das ciências sociais.

O segundo capítulo disserta sobre a construção da noção de determinação social da saúde a partir da crítica latino-americana da década de 70 ao discurso hegemônico do período sobre o processo saúde-doença. O pensamento latino-americano teve grande produção teórico-política brasileira, em um lugar de vanguarda quando comparado a todos os países da América do Sul e Central. Entre outras agendas, a noção de determinação social da saúde, oriunda dos movimentos sociais, pautou a reforma sanitária brasileira, colocando-se como cerne do debate. Noção essa que sustentou a bandeira política defendida pelo movimento sanitário na luta por melhores condições de vida e de saúde no Brasil.

O terceiro capítulo apresenta o campo dos determinantes sociais da saúde para, em seguida, trazer categorias do pensamento da sociologia crítica e da sociologia contemporânea, de forma a oferecer os elementos de análise para a crítica à forma como hegemonicamente vem se pautando o discurso no interior desse campo. Vale ressaltar que ambas as perspectivas apresentam-se de forma não excludentes, não hierárquicas e não concorrentes.

Finalizamos tecendo considerações que, longe de serem finais, sinalizam para a necessidade de uma nova perspectiva de partida para os estudos atuais no campo dos determinantes sociais da saúde.

2. DA CIÊNCIA ARISTOTÉLICA À CIÊNCIA MODERNA: A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA VISÃO DE MUNDO

Na tentativa de proporcionar uma maior compreensão da noção de ‘determinação social’ no interior das ciências sociais, optamos por um percurso que nos permita situar a construção desta noção a partir do processo histórico caracterizado pela revolução científica. Entendemos que, a partir dela, aconteceram as grandes transformações que implicaram em um novo entendimento de ciência e no estabelecimento de uma nova visão de mundo pelos cientistas (HENRY, 1998; PORTO; PORTO, 2008; ARANHA; MARTINS, 2003; CHAÚÍ 2008). Segundo Henry (1998, p.13), a revolução científica pode ser entendida como o período estabelecido pelos historiadores da ciência, no qual “de maneira inquestionável, os fundamentos conceituais, metodológicos e institucionais da ciência moderna foram assentados pela primeira vez”. Na temporalidade, o século XVII é visto como o foco principal desse processo (HENRY, 1998); no entanto, o processo de desconstrução da visão de mundo antiga se inicia ainda no século XV (PORTO; PORTO, 2008).

Assim, optamos por iniciar o desenvolvimento deste estudo trazendo, ainda que de forma sucinta e sintética, as principais perspectivas da ciência antiga e as profundas transformações na visão de mundo ocorridas com o advento da ciência moderna, cuja máxima expressão se deu com a previsibilidade e com a formulação do princípio do determinismo, segundo o qual, tudo o que acontece na natureza tem uma causa e determina um efeito, e que cabe à ciência a descoberta destas relações de causa e efeito. Vale ressaltar que, neste estudo, chamamos de ciência antiga à ciência iniciada na Grécia Antiga por Aristóteles (ciência aristotélica) e que permaneceu como base para o desenvolvimento da escolástica durante praticamente toda a Idade Média (ARANHA; MARTINS, 2003; PORTO; PORTO, 2008). Apesar de nesse período terem ocorrido expressões diversas de produções intelectuais, a escolástica não rompe com a visão de mundo estabelecida pela ciência aristotélica, ainda que assumindo contornos específicos e coerentes com os interesses da Igreja (ARANHA; MARTINS, 2003; PORTO; PORTO, 2008). É importante ressaltar que trataremos algumas concepções da ciência aristotélica a partir do desenvolvimento de seus pensamentos no campo da física e da astronomia. Segundo Porto e Porto (2008), a física e a astronomia de Aristóteles

permaneceram como os únicos pensamentos sistemáticos formulados a respeito dos fenômenos físicos e da estrutura do Universo, desde o período que se estende do século IV a.C. até o século XVI.

Após trazermos algumas rupturas estabelecidas a partir da revolução científica no campo da física e da astronomia, apontaremos o racionalismo e o empirismo como as principais correntes filosóficas que sustentaram os pressupostos da ciência moderna, pressupostos esses que foram estabelecidos a partir das ciências naturais, servindo posteriormente para a constituição das ciências sociais.

O positivismo nas ciências sociais, do final do século XVIII e início do século XIX, será abordado neste percurso como a corrente de pensamento que, a partir desses pressupostos, desenvolveu uma das primeiras proposições teóricas sobre o 'social' e que estendeu para o domínio do 'social' a visão de mundo determinista. Enfim, trataremos a interpretação da noção de 'determinação social' a partir da perspectiva teórica de Durkheim; esse que, ancorando-se no positivismo, foi um dos principais responsáveis por trazer o rigor do método científico para o interior das ciências sociais na investigação dos fenômenos sociais.

2.1 A CIÊNCIA ARISTOTÉLICA

É importante situar a ciência aristotélica dentro de sua cosmologia filosófica. Para os gregos, não havia distinção entre ciência e filosofia, ou seja, ambas estavam interligadas, sendo o filósofo o sábio que refletia sobre todos os aspectos da vida humana. Nesse sentido, podemos entender a ciência como parte integrante dos grandes sistemas filosóficos. “Na ordem do saber estipulada por Platão, o homem começa a conhecer pela forma imperfeita da opinião (doxa), depois passa ao grau mais avançado da ciência (episteme), para só então ser capaz de atingir o nível mais alto do pensamento filosófico” (ARANHA; MARTINS, 1993, p.72). Dessa forma, a ciência aristotélica era marcada pelo seu interesse na explicação dos fenômenos naturais a partir da busca pelo “por quê?”, enveredando pela procura das causas

destes fenômenos e desembocando na discussão metafísica³ da essência dos corpos. Além disso, ela restringia o conhecimento ao saber contemplativo, sendo marcadamente uma ciência desligada e desinteressada pela técnica (CHAUÍ, 1995; 2008; ARANHA; MARTINS, 2003).

Para uma melhor visualização, trazemos as principais idéias da ciência antiga a partir da física e da astronomia desenvolvidas por Aristóteles. A astronomia aristotélica era profundamente impregnada pela noção de ordem, na qual os corpos encontravam-se dispostos de modo bem determinado conforme sua natureza (PORTO; PORTO, 2008; ARANHA; MARTINS, 1993). Ela era caracterizada, em linhas gerais, pela concepção de um universo finito e marcado pela distinção entre dois mundos: o mundo terrestre e o celeste, cujas diferenças eram dadas pelo tipo de substância, de matéria e de forma dos seres de cada uma delas. Nesse universo há uma hierarquização entre os mundos, onde a natureza do mundo celeste é considerada superior à natureza da Terra.

Tanto a distinção quanto a hierarquização entre os dois mundos serviu como base não apenas para a sustentação do modelo geocêntrico, mas também estabeleceu a distinção entre a natureza da astronomia – que se reservava ao estudo do mundo celeste - e da física - reservada ao estudo dos corpos em movimento no mundo terrestre (ARANHA; MARTINS, 1993).

A física aristotélica, profundamente marcada pelas noções metafísicas, caracterizava-se por ser uma ciência que tratava do ser em movimento: “a ciência do filósofo natural [a física] ocupa-se de coisas que contêm em si mesmas uma fonte de movimento” (ARISTÓTELES, 2006, p.278). O movimento era entendido como transformação, mudança e explicado a partir de alterações qualitativas, quantitativas e locais (ARAUJO, 2009).

³ Vale registrar que a palavra ‘metafísica’ vem do grego, onde “meta” quer dizer “depois”; logo metafísica significa “depois da física”. Ela busca explicar, através de conceitos, o ‘ser em geral’. Apesar da menção à metafísica de Aristóteles ser costumeira, ele não usava este termo, mas sim usava a denominação de Filosofia Primeira. O termo metafísica é posterior a ele, surgindo no século I a.C. quando Andronico de Rodes, ao classificar as obras aristotélicas, colocou a Filosofia Primeira depois das obras da Física de Aristóteles (CHAUÍ, 1995; ARANHA. MARTINS, 1993).

Assim, entendendo que “[...] a mudança é de quatro tipos, que dizem respeito à substância, ou à qualidade, ou à quantidade, ou ao lugar [...]” (ARISTÓTELES, 2006, p. 294), Aristóteles estuda diferentes tipos de movimento: o local, que se refere ao lugar ocupado pelo ser na natureza; o qualitativo, pelo qual o corpo tem uma qualidade alterada (uma criança que aprende a ler), o quantitativo, no qual ocorre uma transformação em termos de alterações de tamanho (uma criança que cresce em altura); a mudança substancial, pela qual um ser começa a existir – geração - ou deixa de existir – corrupção - (ou seja, a mudança da essência): passagem do não-ser ao ser e vice-versa (ARISTÓTELES, 2006; ARANHA, MARTINS, 1993).

Especificamente em relação ao movimento local, ele poderia ser de dois tipos: o movimento natural e o movimento violento. O movimento natural era aquele em que os corpos, deixados por si, ou seja, na ausência de forças aplicadas sobre eles, realizariam movimentos espontâneos buscando retornar às suas posições naturais: os elementos mais pesados (nos quais predomina o elemento terra e água) possuem o centro da Terra como lugar natural e, por isso, movem-se naturalmente em direção a ele, tendo a queda como o movimento; enquanto os mais leves (ar e fogo) tenderiam a mover-se naturalmente para cima, afastando-se do centro. Assim, as qualidades materiais dos corpos definiriam os seus lugares naturais e os corpos tenderiam para esses locais de acordo com a sua natureza (ARANHA; MARTINS, 1993; 2003).

Diferentemente do movimento natural, que possuía como fonte a natureza do próprio corpo, os corpos poderiam ser submetidos a uma força externa, a movimentos violentos, ou seja, aqueles que eram contrários à sua natureza e que os impedia de alcançar o seu lugar natural. Por exemplo, quando se lança uma pedra para cima, imprime-se sobre ela um movimento violento, já que a força a permanecer no ar, embora o seu lugar natural seja a terra e seu movimento natural seja a queda. Assim, no movimento violento, uma vez afastado de seu lugar próprio, todo corpo tendia a retornar a ele (ARANHA; MARTINS, 1993; 2003).

Essa descrição do movimento local ressalta uma característica importante da física aristotélica, que é aquela que se refere à fonte do movimento. O movimento dos corpos poderia ser buscado por um princípio interno, já que cada corpo traria em si o

fundamento de seu modo de existir, aparecendo segundo sua própria natureza: a capacidade de adquirir movimento era imanente ao corpo, não sendo necessária a atuação de agentes externos para que esse movimento acontecesse (ARAUJO, 2009).

Sendo um princípio interno do corpo, os seus movimentos e mudanças dependiam da qualidade de suas matérias e da quantidade com que os quatro elementos materiais - terra, água, ar e fogo – existiam combinando uns com os outros no corpo. Assim, na física aristotélica, o estudo do movimento dos objetos físicos e naturais se dava a partir de suas características qualitativas; ou seja, era baseado não somente nas qualidades perceptivas dos corpos (leves, pesados, líquido, sólido, etc.), como também nas distinções qualitativas do espaço (alto, baixo, perto, longe, etc.). Além disso, ela procurava investigar e caracterizar o objeto físico ou natural pela propriedade de existir e operar independentemente da presença, da vontade e da ação humanas; sendo o objeto físico visto como um ser em movimento, em devir, e que sofria alterações não apenas qualitativas, mas também quantitativas e locais. (CHAUÍ, 1995; 2008).

Outra concepção aristotélica que marcava profundamente a sua investigação sobre a natureza está inscrita na sua teoria sobre as quatro causas, que é explicitada tanto na metafísica quanto na física aristotélicas (REALE, 2005; ARISTÓTELES, 2006). São elas: a causa formal, a causa material, a causa eficiente e a causa final. A causa formal é a forma ou a essência que as coisas possuem - a estrutura de uma estátua de mármore, por exemplo. A causa material é aquilo de que é feita uma coisa, ou seja, a sua matéria – ex: carne e osso são a matéria dos animais, a matéria da estátua de mármore é o mármore. A causa eficiente ou motora é aquilo de que provém a mudança e o movimento das coisas – ex: o escultor é a causa eficiente que faz o mármore se transformar em uma estátua de mármore. A causa final constitui a finalidade, ou seja, o propósito, o fim das coisas e das ações (REALE, 2005). Uma importante característica dessas causas está relacionada à sua localização em relação à coisa. Enquanto as causas formal e material são intrínsecas à coisa, a causa eficiente é externa a ela (REALE, 2005).

2.2 A CIÊNCIA MODERNA

O processo de transformação na forma de conhecer e abordar a compreensão do mundo que culminou na Revolução Científica não pode ser considerado obra de autoria única. Como a própria palavra 'processo' indica, é fruto de uma mudança gradual, em que vários pensadores e estudiosos reconhecidos historicamente vêm dar continuidade aos pensamentos introduzidos pelos seus predecessores.

Porto e Porto (2008) consideram que o primeiro grande marco no processo de desconstrução da concepção cosmológica de Aristóteles está situada no alvorecer da Renascença, ainda no século XV. A filosofia do cardeal Alemão Nicolau de Cusa, ao declarar que o universo não possuía qualquer centro, produziu um significativo abalo na ciência aristotélica, já que, contrariamente ao que Aristóteles afirmava a respeito da Terra, nenhum corpo ocuparia posição privilegiada nesse universo. No entanto, o abalo definitivo do modelo cosmológico aristotélico vem com as descobertas de Nicolau Copérnico e a hipótese heliocêntrica proposta por ele, segundo a qual o Sol passava a ocupar o centro do Universo, enquanto a Terra e os demais planetas giravam ao seu redor. Além disso, Copérnico rompe com a separação essencial entre a Terra e o Céu, presente no pensamento aristotélico. Um dos adeptos de Copérnico, Giordano Bruno, dá um passo à frente na sua teoria heliocêntrica, ao romper com a idéia de um Universo finito. Assim, a concepção de um Cosmo aristotélico rigidamente ordenado e hierarquizado metafisicamente começa a ser destruída (PORTO; PORTO, 2008).

No, entanto, é com Galileu que as transformações no campo da física ganham uma maior força e amplitude, sendo considerado por Aranha e Martins (2003, p. 178) “o responsável pela superação do aristotelismo e pelo advento da moderna concepção de ciência”. Ele é o precursor da matematização da natureza a partir da busca pela exatidão dos corpos. Ou seja, é com ele que os objetos físicos passam a ser investigados não mais pela definição de suas propriedades perceptivas (cor, odor, sabor), mas pelas suas propriedades objetivas (massa, volume, figura), que se mostram gerais e válidas para todos eles. Há uma passagem, então, da descrição subjetiva dos objetos para sua descrição objetiva. O corpo físico deixa de ser uma abstração, de poder ter uma “representação subjetiva” e passa a ser descrito pelas

suas medidas objetivas. É também com Galileu que o movimento dos corpos começa a ser desconsiderado a partir de suas características qualitativas (por, exemplo: movimento natural dos corpos pesados e leves), reduzindo-se às suas dimensões quantitativas:

Ao explicar 'como' os corpos caem (e não 'porquê' caem), Galileu descobre a relação entre o tempo que um corpo leva para percorrer o plano inclinado e o espaço percorrido. Repetidas experiências confirmam as relações constantes e necessárias, donde decorre a lei da queda dos corpos, traduzida numa forma geométrica (ARANHA; MARTINS, 2003, p. 179 – grifo dos autores).

Galileu também estabelece profundas mudanças em relação ao valor da ciência, que começa a deixar de ser apenas contemplativa para ser ativa. Dando um grande mérito à observação e à experimentação, ele também acabou por inventar e aprimorar uma série de instrumentos, como lentes, termômetros, relógios, telescópios, bússolas (ARANHA; MARTINS, 2003; PORTO; PORTO, 2008). A valorização da técnica está ligada à sua preocupação na descrição quantitativa dos fenômenos e na busca por sua maior precisão, o que significa dizer medição. Além disso, é Galileu que, ao relacionar a hipótese heliocêntrica de Copérnico às leis da mecânica, liga a ciência da astronomia à física, dando início à física moderna (ARANHA; MARTINS, 2003). Aqui ocorre mais uma ruptura com a ciência aristotélica, que diferenciava as leis da física e as da astronomia, já que os corpos celestes possuíam uma natureza diferente daquela presente nos corpos terrestres.

No entanto, é com Newton que ocorre “a maior síntese científica sobre a natureza do mundo físico” (ARANHA; MARTINS, 2003, p. 181), a partir do estabelecimento de suas três leis da mecânica e a lei da gravitação universal, expressas em equações matemáticas e que possibilitaram a maior universalização dos fenômenos físicos. A lei da gravitação universal foi capaz de fornecer uma explicação unificada, em uma única equação matemática, para as questões relacionadas ao movimento dos planetas e da queda dos corpos nas proximidades da superfície terrestre (PORTO; PORTO; 2008). As três Leis da Mecânica possibilitaram a formulação ‘exata’ do seu principal problema: o movimento. A primeira lei, também conhecida como princípio

da inércia⁴ trouxe, de forma definitiva e universal, radicais transformações na concepção de movimento. Segundo esta lei, “todo corpo permanece em seu estado de repouso ou de movimento uniforme em linha reta, a menos que seja obrigado a mudar seu estado por forças impressas nele” (NEWTON, 1987, p.162). Assim, abandona-se a concepção aristotélica de movimento como mudança/transformação, que se reduz a uma concepção restrita de deslocamento espacial de um corpo, ou seja, a modificação da sua posição em relação ao espaço: “O movimento deixa de significar qualquer processo de transformação ao qual os corpos estejam submetidos, em razão de suas naturezas ou em vista de uma finalidade a ser cumprida” (PORTO, PORTO, 2008, p. 4061-8). A busca pela sua causa (do ‘por quê?’ para o ‘como?’) reduz-se à causa eficiente – excluindo-se as causas formal, material e final - justamente aquela causa que possui a característica de ser distinta e exterior ao corpo; ou seja, a causa do movimento passa a ser buscada a partir de uma fonte que é sempre externa ao corpo (ARANHA, MARTINS, 2003; PORTO; PORTO, 2008). Além disso, o movimento passa a ser compreendido de uma forma mecânica, tornando-se “um estado, determinado de fora por agentes físicos, através de mecanismos de causalidade expressos por leis matemáticas e impessoais” (PORTO; PORTO, 2008, p. 4061-8).

Essa mudança de concepção de movimento dos corpos está atrelada à mudança no próprio significado de natureza: “Natureza não é mais o princípio interno de que resulta o movimento do corpo; natureza, pelo contrário, é o modo da multiplicidade das variáveis, relação de posição dos corpos [...]” (HEIDEGGER, 1992 apud ARAUJO, 2009, p. 95). Uma vez que a nova física deixa de lado as características qualitativas dos corpos – deixando de lado o ‘princípio interno’ - assim como reduzindo o movimento de um corpo ao seu deslocamento no espaço – com ascensão para o conceito de posição – a natureza, antes compreendida como um aspecto interno e qualitativo do corpo físico, passa a ser vista a partir de um ‘quantum’ entre relações de posição (ARAUJO, 2009). O espaço heterogêneo dos lugares naturais, ao ser submetido à mensuração, é homogeneizado, despojado de

⁴ É importante ressaltar que foi com Galileu que o princípio de inércia foi retomado de forma decisiva. Porto e Porto (2008, p. 4061-5) afirmam que “Galileu, através do conceito de inércia, mostrou que todos os objetos que se encontram sobre a Terra, bem como os observadores nela situados, estão automaticamente dotados do movimento do próprio planeta e, portanto, este movimento seria imperceptível para qualquer desses observadores”. É com Newton que este princípio é elevado ao patamar de lei universal da mecânica.

suas qualidades, tornando-se um “espaço abstrato, representável através de conceitos geométricos” (PORTO; PORTO, 2008, p. 4061-8).

Assim, a física newtoniana passa a ser compreendida como uma mecânica universal, já que passa a restringir o estudo da natureza à articulação de um complexo de corpos formados em diferentes proporções de movimento e repouso. A mecânica newtoniana transforma o mundo da matéria em uma máquina, cujas operações se podem determinar exatamente por meio de leis físicas e matemáticas. Esta idéia de mundo-máquina irá se transformar na grande hipótese universal da época moderna, o mecanicismo (SANTOS, 2008; CHAUI, 2008).

As corroborações da mecânica newtoniana e o sucesso de suas aplicações tecnológicas influíram de forma decisiva para o fortalecimento da concepção de mundo determinista (SILVEIRA, 1993). Nesta concepção, a natureza é entendida pela explicação de relações de causa e efeito, vistas como necessárias, cabendo à ciência a descoberta dessas relações de causalidade. Essa concepção determinista afirma que sempre será possível determinar a causa de um dado fenômeno, assim como seus efeitos, ou seja, “todos os acontecimentos do mundo são pré-estabelecidos ou que o futuro é fixo como o passado” (SILVEIRA, 1993, p. 137). Segundo Aranha e Martins (2003), o mundo explicado por esta concepção é o mundo do necessário, daquilo que tem de ser.

Segundo Tambellini e Schütz (2009, p. 376), o determinismo pode ser entendido, em termos filosóficos, como “uma corrente metafísica que afirma que todo fenômeno está determinado necessariamente pelas circunstâncias ou condições em que se produz e, portanto, os atos e as ações que envolvem os indivíduos não são resultado da livre escolha, mas de determinações que o condicionam”.

Para Chauí (1995), foi a partir do século XIX, com Laplace, físico e astrônomo francês, que houve a formulação do determinismo como um princípio universal da ciência e uma doutrina sobre a natureza:

Devemos considerar o estado presente do Universo como efeito de seu estado passado e como causa daquilo que virá a seguir. Uma inteligência que, num único instante, pudesse conhecer todas as forças existentes na

Natureza e as posições de todos os seres que nela existem poderia apresentar numa única fórmula uma lei que englobaria todos os movimentos do Universo, desde os maiores, até os mínimos e invisíveis. Para ela, nada seria incerto e, aos seus olhos, o passado, o futuro e o presente seriam um único e só tempo (LAPLACE apud CHAUI, 1995, p. 264).

Parte daí tanto a afirmação de um princípio universal de causalidade restrita, que aspira à formulação de leis, a partir de regularidades observadas, quanto a idéia de previsibilidade absoluta dos fenômenos naturais, uma idéia que se transformará em uma das principais apostas da ciência moderna e que tem como pressuposto a idéia de ordem e estabilidade do mundo. Essa idéia de previsibilidade sustentará a crença da ciência moderna no desenvolvimento da tecnologia como a possibilidade de intervir na natureza das coisas e dos fenômenos:

Duas afirmações mostram a diferença dos modernos em relação aos antigos: a afirmação do filósofo inglês Francis Bacon, para quem “saber é poder”, e a afirmação de Descartes, para quem “a ciência deve tornar-nos senhores da natureza”. A ciência moderna nasce vinculada à idéia de intervir na Natureza, de conhecê-la para apropriar-se dela, para controlá-la e dominá-la (CHAUI, 1995, p. 255).

As transformações ocorridas a partir da física provocaram indagações e reflexões no campo do conhecimento, que culminaram na ruptura da ciência com a filosofia. Além disso, a ciência moderna vai se caracterizar pela fragmentação do saber; ou seja, as ciências, a partir daí, vão se tornando autônomas, o que despertou a crescente preocupação e necessidade de classificá-las, cada uma delimitando o seu campo de saber específico (ARANHA. MARTINS, 2003; CHAUI, 2008). Da mesma forma, o princípio do determinismo, inicialmente formulado no campo da física, serviu como ponto de partida para que a ciência moderna se estabelecesse, inicialmente com as ciências naturais (física, biologia, química) e, mais tarde, como veremos, sendo tomado como um fundamento para a compreensão dos fenômenos humanos – positivismo e na própria constituição das ciências sociais. (ARANHA; MARTINS, 2003; SILVEIRA, 1993).

A filosofia, que até então se interessava no problema do ‘ser’, volta-se para a discussão do ‘conhecer’. Desdobrando a reflexão cujo pano de fundo é a existência da ciência, a questão do método será uma de suas principais preocupações

(ARANHA; MARTINS, 2003). As duas correntes filosóficas que irão pensar as questões relativas aos caminhos que levam ao conhecimento e que darão sustentação à ciência moderna, estabelecendo os seus pressupostos são: o racionalismo e o empirismo (HENRY, 1998).

A corrente racionalista tem sua origem a partir das reflexões e indagações de Descartes - que é considerado o “pai da filosofia moderna” - sobre o problema do conhecimento. A existência do ser que pensa - “Penso, logo existo” - é a afirmação primeira para a construção de toda a sua filosofia. A partir da dúvida metódica, o filósofo, segundo o pensamento de Descartes, deveria sair em busca das verdades do mundo no eterno esforço de conhecer o objeto a partir de uma realidade externa ao pensamento (ARANHA; MARTINS, 2003). O percurso realizado por Descartes é marcado pela valorização da razão, do entendimento e do intelecto. Acentuando o caráter universal e absoluto da razão, Descartes dá importância a um método de pensamento que garanta não somente que as representações da razão sejam exteriores ao sujeito pensante, mas também que correspondam aos objetos a que se referem. É a ele que a ciência moderna deve um de seus principais pressupostos: a objetividade. Além disso, estabelece o ideal matemático da ciência, ou seja, a aplicação da racionalidade matemática na busca do conhecimento objetivo da realidade das coisas (ARANHA; MARTINS, 2003).

A corrente racionalista pauta-se, então, em uma concepção matemática do conhecimento, a partir do estabelecimento de um método dedutivo, que afirma ser capaz de provar a verdade necessária e universal de seus enunciados a partir da definição do objeto e de suas leis e da posterior dedução de suas propriedades, efeitos e previsões. Estabelece como fundamentais para o processo de investigação os procedimentos de análise – nos quais a realidade pesquisada deve ser recortada em tantas partes quanto forem necessárias para melhor explicá-la – e de síntese, que leva à reconstituição do todo que foi previamente decomposto pela análise (MARCONI; LAKATOS, 2011). Entende a ciência a partir de uma “unidade sistemática de axiomas, postulados e definições, que determinam a natureza e as propriedades de seu objeto, e de demonstrações, que provam as relações de causalidade que regem o objeto investigado” (CHAUÍ, 2008, p. 221). Segundo esta

corrente, o objeto científico corresponde a uma representação própria e verdadeira da realidade das coisas e possui uma natureza matemática.

A corrente empirista, que teve Bacon como um de seus principais representantes, ao contrário do racionalismo, enfatiza o papel da experiência sensível no processo de conhecimento. A palavra empirismo vem do grego *empeiria*, que significa “experiência”. Ela possui no método indutivo o caminho para a interpretação dos fatos. Esse método é baseado em observações e experimentos que permitem estabelecer induções e que, ao serem completadas, oferecem a definição do objeto, suas propriedades e suas leis de funcionamento (CHAUÍ, 2008).

Essas duas concepções de ciência, embora pautadas em métodos bastante distintos, compartilhavam um pressuposto único: o de que a teoria científica era uma explicação e uma representação verdadeira da própria realidade, tal como ela é em si mesma. Juntas, elas estabeleceram os pressupostos filosóficos que por mais tempo influenciaram e pautaram a produção de conhecimento da ciência moderna (SANTOS, 2008). Um deles é a distinção fundamental, que se estabelece a partir de uma ruptura, entre o conhecimento científico e o senso comum (SANTOS, 2008). Essa ruptura está ligada ao estabelecimento da própria idéia de ‘método’ - como um conjunto de regras, normas e procedimentos gerais necessários para a definição ou construção de objeto de pesquisa - que possibilitaria à ciência sair do campo das evidências imediatas do objeto, para construir um novo universo conceitual, a partir da criação de uma linguagem específica e própria, bem distante da linguagem cotidiana (CHAUÍ, 2008).

Outro pressuposto seria aquele referente ao rigor do conhecimento científico, que seria alcançado através da observação sistemática e rigorosa dos fenômenos naturais, tendo as idéias matemáticas como aquelas que tornam possível esse conhecimento mais profundo e rigoroso da natureza, na medida em que estas se mostram claras e simples: “A matemática fornece à ciência moderna, não só o instrumento privilegiado de análise, como também a lógica da investigação, como ainda o modelo de representação da própria estrutura da matéria” (SANTOS, 2008, p.26-27). Como já dizia Galileu:

A filosofia encontra-se escrita neste grande livro que continuamente se abre perante nossos olhos (isto é, o universo), que não se pode compreender antes de entender a língua e conhecer os caracteres com os quais está escrito. Ele está escrito em língua matemática, os caracteres são triângulos, circunferências e outras figuras geométricas, sem cujos meios é impossível entender humanamente as palavras: sem eles nós vagamos perdidos dentro de um obscuro labirinto (GALILEU, 1973, apud ARANHA; MARTINS, 2003).

Segundo Santos (2008) é a partir desse lugar central ocupado pela matemática na ciência moderna que derivam duas consequências principais. A primeira delas está ligada à idéia de que conhecimento científico é sinônimo de quantificação; sendo o rigor científico vinculado ao rigor das medições. “As qualidades intrínsecas do objeto são, por assim dizer, desqualificadas e em seu lugar passam a imperar as quantidades em que eventualmente se podem traduzir. O que não é quantificável é cientificamente irrelevante” (SANTOS, 2008, p.27-28).

A segunda consequência está ligada aos procedimentos do método científico que visem reduzir a complexidade. A lógica científica moderna ampara-se, assim, nos procedimentos de divisão e classificação do objeto para que seja possível analisá-lo e determinar, posteriormente, as relações sistemáticas entre as suas partes (SANTOS, 2008). A progressiva especialização do saber científico, através da delimitação específica dos diferentes objetos de estudo são a marca da ciência moderna.

Esta nova racionalidade científica, através do estabelecimento desses princípios e pressupostos epistemológicos e de suas regras metodológicas estabeleceu um modelo global de conhecimento que, segundo Santos (2008) pode ser entendido como um “modelo totalitário”, já que negava o caráter de racionalidade a outras formas de conhecimento que não se baseassem nestas regras e pressupostos. Esse autor afirma ser esta a característica que maior simboliza o paradigma científico moderno.

Esse modelo de racionalidade desenvolvido a partir da revolução científica e estabelecido para as ciências da natureza será utilizado nos séculos seguintes como um modelo igualmente válido para a constituição das ciências sociais. Assim, os pressupostos filosóficos da ciência moderna, que tiveram inicialmente no

racionalismo cartesiano e no empirismo baconiano a formulação dos métodos de excelência para a investigação dos fenômenos naturais, virão a se condensar no positivismo (SANTOS, 2008).

2.3 O POSITIVISMO E OS CAMINHOS PARA A CONSTITUIÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Um dos movimentos de pensamento de grande influência na filosofia do século XIX é o positivismo. Ele surge na Europa, em um contexto histórico marcado pelos avanços no desenvolvimento das ciências naturais, assim como pelo processo de industrialização crescente que culminou em conquistas tecnológicas surgidas através da revolução industrial. Em outros termos, o positivismo tem no desenvolvimento das ciências e na revolução industrial os pilares do meio sociocultural que não apenas interpreta como também exalta e favorece (REALE; ANTISERI, 2005; QUINTANEIRO; BARBOSA, OLIVEIRA, 2003).

O positivismo não apenas exaltava a ciência como o único método capaz de obter um conhecimento verdadeiro da realidade, como também a colocava como o único meio em condições de resolver, ao longo do tempo, os problemas humanos e sociais. A 'positividade' da ciência e a fé na racionalidade científica caracterizavam o combate às concepções idealistas e espiritualistas pela mentalidade positivista (REALE; ANTISERI, 2005). "O termo positivo designa o real em relação ao quimérico, a certeza em oposição à indecisão, o preciso em oposição ao vago." (ARANHA; MARTINS, 2003, p.141).

Segundo LÖWY (2006) o positivismo possui como pressuposto fundamental a idéia de que a sociedade mostra-se regulada por leis naturais, leis que se mostram invariáveis:

A sua hipótese fundamental é de que a sociedade humana é regulada por leis naturais, ou por leis que têm todas as características das leis naturais, invariáveis, independentes da vontade e da ação humana, tal como a lei da gravidade ou do movimento da terra em torno do sol [...] Deste modo, a pressuposição fundamental do positivismo é de que essas leis que regulam o funcionamento da vida social, econômica e política, são do mesmo tipo

que as leis naturais e, portanto, o que reina na sociedade é uma harmonia semelhante à da natureza, uma espécie de harmonia natural (LÖWY 2006, p.38).

A consequência epistemológica decorrente desse pressuposto é a de que os métodos e procedimentos usados para a pesquisa das sociedades devem ser iguais aos utilizados pelas ciências naturais. Assim, por mostrarem-se regidas pelos mesmos métodos das ciências naturais, as ciências da sociedade devem limitar o estudo dos fenômenos sociais à observação e à explicação causal, tornando possível interpretar os 'fatos naturais' que regem as relações humanas e sociais (LÖWY, 2006; 2009; RIBEIRO JUNIOR, 1991). Da mesma forma que as ciências naturais mostram-se objetivas, neutras, livres de juízo de valor, as ciências sociais também devem proceder, usando o mesmo modelo de objetividade científica. Assim, a concepção positivista afirma a possibilidade de que as ciências sociais desvinculem-se de qualquer visão de mundo, de julgamentos de valor, de ideologias, afastando previamente todos os preconceitos e prenoções (LÖWY, 2006; 2009).

Ao fazer uma interpretação histórico-social do pensamento positivista, Löwy (2006; 2009) mostra as transformações sofridas por ele desde a sua concepção. O autor entende e analisa a origem desse pensamento a partir de suas explicitações mais concretas no século XVIII – o Século das Luzes – e mostra que ele surge inicialmente com uma dimensão utópica e crítica⁵, em um contexto social marcado pela luta da burguesia contra a ordem feudal-clerical dominante.

Pode-se dizer que o positivismo moderno é filho legítimo da filosofia das luzes e, da mesma maneira que esta filosofia, ele tem em um primeiro período um caráter utópico, quer dizer, é uma visão social do mundo de dimensão utópica, crítica e até certo ponto, revolucionária (LÖWY, 2006, p. 39-40).

Segundo esse autor, esse período utópico do positivismo pode ser encontrado nas reflexões filosóficas de Condorcet e Saint-Simon, sendo o primeiro considerado pelo autor como o 'pai do positivismo'. Foi Condorcet o primeiro a formular mais precisamente a idéia de que a ciência da sociedade, para se tornar uma ciência verdadeiramente objetiva, deveria tomar um caráter matemático, numérico, ser um

⁵ Por dimensão utópica entende-se, aqui, de acordo com Löwy (2009, p.14-15) aquela que "aspira a um estado não existente das relações sociais, o que lhe dá, ao menos potencialmente, um caráter crítico, subversivo, ou mesmo explosivo".

‘objeto de estudo matemático’, e basear-se no cálculo de probabilidades. Esse esforço em pensar uma ciência social objetiva e livre de preconceitos deve ser entendido, segundo Löwy (2006; 2009), como uma tentativa de romper com o controle do conhecimento pelas estruturas sociais dominantes da época (Igreja, poder feudal, Estado monárquico). Assim, em Condorcet, o apelo pela ampliação do modelo científico-natural para as ciências da sociedade (economia e política) situa-se na luta revolucionária de emancipação deste conhecimento social das “doutrinas teológicas, dos argumentos de autoridade papal, da autoridade de São Tomás de Aquino, enfim, de todos os dogmas fossilizados que se arrogavam o monopólio do conhecimento social” (LÖWY, 2006, p. 40).

Saint Simon, discípulo direto de Condorcet, fazendo eco ao sucesso que as ciências naturais haviam alcançado, tratou de construir uma ciência da sociedade baseada no modelo biológico, da fisiologia: a Fisiologia Social. Nesta ciência - que se apresentava ora como ramo da física, ora como ramo da fisiologia (LÖWY, 2009) - a sociedade, mais do que um simples aglomerado de seres vivos, seria estudada em analogia aos ‘organismos vivos’ e entendida enquanto um verdadeiro ser animado e complexo, cujas partes corresponderiam a distintas funções, tendo como sua base: a produção material, a divisão do trabalho e a propriedade (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2003). Saint Simon acreditava no industrialismo como domínio humano sobre a natureza e no poder e capacidade científicas para o progresso da humanidade. Foi ele quem empregou o termo ‘positivo’ à ciência da sociedade, termo que significaria a necessidade de os fenômenos sociais serem observados pelos mesmos métodos das ciências naturais, possibilitando que as leis do desenvolvimento social fossem reveladas e permitindo uma organização racional da sociedade (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2003).

Segundo Löwy (2006), as análises de Saint-Simon em sua fisiologia social eram revestidas de interesses sociais utópicos, revolucionários, como a finalidade de mostrar o parasitismo e inutilidade de certas classes sociais (aristocracia e clero) ao organismo da nova sociedade industrial que estava se formando, colocando a fisiologia social como uma forte crítica de oposição à ordem clerical-feudal até então estabelecida.

Mas, a partir de meados do século XIX, um novo cenário sócio-político irá imprimir outra visão no desenvolvimento das idéias positivistas. A partir de 1830, com a revolução burguesa e a tomada do poder pela burguesia na França, esta, de uma classe contestadora e revolucionária, passa a ser a classe dominante e conservadora, “força social associada ao exercício do poder” (LÖWY, 2009, p.29). É com Comte e a sua crítica aos pensamentos ‘revolucionários’ de Condorcet e Saint-Simon que o positivismo irá se consagrar teórica e praticamente à defesa da ordem industrial-burguesa, considerada necessária para o progresso da sociedade (LÖWY, 2006). O método positivo, em Comte, visava afastar a ameaça das idéias revolucionárias, críticas, ‘negativas’ e subversivas da filosofia iluminista e da utopia socialista. No entanto, para executar essa tarefa, Comte irá utilizar, de forma paradoxal, o mesmo princípio que servira para as análises de Condorcet e Saint-Simon, ou seja, o princípio metodológico de uma ciência natural da sociedade (LÖWY, 2009).

Dentre os vários postulados do pensamento de Comte pode-se citar a lei dos três estados, segundo a qual o progresso da inteligência humana passaria por três estados progressivos: do teológico - no qual as explicações dos fenômenos são dadas a partir de uma causa divina e sobrenatural – para o metafísico – os agentes sobrenaturais são substituídos por forças abstratas como essências, idéias ou forças – e desse para o positivo, que seria aquele correspondente ao aparecimento das ciências. Nesse estado, as ilusões são superadas graças ao uso bem combinado do raciocínio e da observação para se chegar ao conhecimento das relações invariáveis dos fatos (REALE; ANTISERI, 2005). Assim, Comte entende que a teologia e a metafísica eram percebidas como afirmações sem sentido, já que pesquisavam questões inacessíveis ao ser humano (“qual a essência da vida?”) e, portanto, não passíveis de comprovação. Por outro lado, a ciência positiva seria o avanço da ciência na interpretação lógica da realidade, no conhecimento estritamente baseado nos fatos (REALE; ANTISERI, 2005; RIBEIRO JUNIOR, 1991).

Comte também se empenha em estabelecer uma classificação e ordenamento das ciências. A partir desta classificação, as ciências positivas são hierarquizadas segundo um grau decrescente de generalidade e crescente de complicação, onde as ciências mais complexas pressupõem as menos complexas: astronomia, física,

química, biologia e 'física social' (que seria, mais tarde, cunhada por Comte em 'Sociologia'). Esta nova concepção de ciência social não somente ocupa o topo da hierarquia das ciências, mostrando-se como dominante em relação à totalidade do saber científico, como também se mostra uma ciência eminentemente natural: "A física social é uma ciência que tem por objeto o estudo dos fenômenos sociais, considerados no mesmo espírito que os fenômenos astronômicos, físicos, químicos e fisiológicos" (COMTE apud LÖWY, 2006, p. 42).

Para Comte, o princípio dinâmico do progresso da civilização deveria se subordinar ao princípio estático da manutenção da ordem social. Caberia à sociologia o conhecimento das leis sociais para, então, ser possível prever de forma objetiva e racional os fenômenos e, dessa forma, intervir com eficácia, "explicar e antever, combinando a estabilidade e a atividade, às necessidades simultâneas de ordem e progresso – condições fundamentais da civilização moderna" (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2003, p.18).

O positivismo comtiano possui como pressuposição essencial uma identidade rigorosa entre a sociedade e a natureza, o caráter natural da vida social. Leva às últimas consequências o papel reservado à razão de descobrir as leis que regem os fenômenos sociais, expulsando dos mesmos a noção de liberdade, já que, como vimos anteriormente, as leis invariáveis da física se sustentam pelo postulado do determinismo, segundo o qual o lugar da ciência é o lugar do necessário, daquilo que tem de ser, que independe da vontade e da ação humana. Estabelece, assim, uma naturalização dos fenômenos sociais, ao submeter debates sociais como a miséria, a fome, o desemprego, as desigualdades sociais a um caráter de 'necessários', de inevitáveis, deslegitimando as lutas revolucionárias e promovendo a ordem social baseada no consenso moral e na autoridade (LÖWY, 2006; QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2003).

O positivismo tende poderosamente, pela sua natureza, a consolidar a ordem pública, pelo desenvolvimento de uma sábia resignação. Porque não pode existir uma verdadeira resignação, isto é, uma disposição permanente a suportar com constância e sem nenhuma esperança de mudança, os males inevitáveis que regem todos os fenômenos naturais que, senão, através do profundo sentimento dessas leis invariáveis. A filosofia positiva, que cria essa disposição, se aplica a todos os campos,

inclusive aos campos dos males políticos (COMTE apud LÖWY, 2006, p. 43).

É a partir dessa análise que Löwy (2006, 2009) entende o sentido profundamente conservador do positivismo a partir de Comte, na medida em que desloca a sua direção inicial de um campo crítico e utópico-revolucionário para o campo de um conservadorismo legitimador da ordem social estabelecida, que se deu com a tomada do poder pela burguesia: “A apologia ideológica da ordem (industrial/burguesa) estabelecida não é mais do que o avesso, o *revestimento* do discurso positivista, cujo lado direito, a face visível, é o axioma de uma ciência natural, neutra e rigorosamente objetiva, dos fatos sociais (LÖWY, 2009, p.29- grifos do autor). Essa perspectiva positivista trouxe as bases para que Durkheim desenvolvesse as regras do método científico e os estudos sociais concretos no interior das ciências sociais em âmbito acadêmico.

2.4 AS CIÊNCIAS SOCIAIS E A INFLUÊNCIA DE DURKHEIM NA NOÇÃO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL

Durkheim é considerado o “pai da sociologia positivista enquanto disciplina científica” (LÖWY, 2009, p.30), pois trouxe para o interior das ciências sociais institucionalizadas o rigor da metodologia científica e a necessidade de se estabelecer um método de pesquisa semelhante ao estabelecido pelas ciências naturais. Esse método deveria ser capaz de investigar as relações de causalidade no ‘reino social’, descobrir as constâncias e uniformidades da conduta humana e mostrar que a sociedade é regida por leis próprias de reprodução e transformação (QUINTANEIRO, 2003).

Segundo Löwy (2009), a ciência social positiva de Durkheim possui como preceito central a ‘lei social natural’. Esse preceito afirma a possibilidade de estender para o domínio dos fenômenos humanos a idéia das leis naturais, considerando tais fenômenos como explicáveis ‘naturalmente’. A idéia de leis naturais ancora-se no princípio do determinismo, o qual afirma que a natureza é regida por leis constantes, universais e regulares e que caberia à ciência a descoberta destas leis. Esse

princípio, aplicado ao campo científico, aponta para a busca das relações de causalidade entre os fenômenos:

Visto que a lei da causalidade foi verificada nos outros reinos da natureza e que progressivamente ela estendeu o seu domínio do mundo físico-químico ao mundo biológico, e deste ao mundo psicológico, é lícito admitir que ela igualmente seja verdadeira para o mundo social; e é possível afirmar hoje que as pesquisas empreendidas sobre a base desse postulado tendem a confirmá-lo (DURKHEIM, 2007, p.146).

Em 'Regras do método sociológico', Durkheim (2007) estabelece as principais regras que considerava necessárias para que a sociologia tornasse uma ciência autônoma, procurando demonstrar que poderia haver uma ciência sociológica objetiva e científica, como nas ciências físico-matemáticas. Para isso, essa esfera de conhecimento precisava constituir e delimitar o seu próprio objeto de investigação: os fatos sociais.

É fato social toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais (DURKHEIM, 2007, p.13).

O fato social, como um objeto passível de observação e explicação científica, precisaria apresentar características bem definidas: a exterioridade, ou seja, a capacidade de revelar-se independentemente dos indivíduos, como algo que fosse dotado de vida e força próprias; a coercitividade, mostrando-se capaz de exercer uma imposição sobre os pensamentos e sentimentos dos indivíduos; a generalidade, ou seja, a capacidade de mostrar-se comum a todos ou à maioria dos indivíduos a partir de determinadas maneiras de pensar, agir e sentir (DURKHEIM, 2007).

Os fatos sociais são entendidos enquanto maneiras coletivas de agir ou de pensar, constituindo uma realidade objetiva, que se encontra fora dos indivíduos e possui ascendência sobre eles. O autor mostra que, apesar de os indivíduos possuírem um papel na constituição destes fatos, esses se revelam independentes daqueles:

Certamente o indivíduo desempenha um papel na gênese destes fatos. Mas, para que exista o fato social, é preciso que pelo menos vários indivíduos tenham misturado suas ações, e que desta combinação se

tenha desprendido um produto novo. E como esta síntese tem lugar fora de cada um de nós (uma vez que para ela concorre uma pluralidade de consciências), seu efeito é necessariamente fixar, instituir certas maneiras de agir e certos julgamentos que existem fora de nós e que não dependem de cada vontade particular tomada à parte (DURKHEIM, 2007, p.XXIX).

Alguns destes fatos possuem um formato bastante cristalizado na sociedade, como as regras jurídicas, morais, os sistemas financeiros e os dogmas religiosos. Por consistirem todos em crenças e práticas bem constituídas – como as formas de comunicação, os modos de vestir-se, alimentar-se, negociar - eles forçam os membros de uma sociedade a adotarem determinadas formas de ser. Outros podem se apresentar de uma forma mais fluida e menos consolidada, como as maneiras de agir comuns a todos de uma coletividade e que se manifestam por correntes de opinião (que tem por objetos assuntos dos mais diversos: religiosos, políticos, literários, artísticos, etc.) e por movimentos coletivos, como os movimentos migratórios (DURKHEIM, 2007).

Quando desempenho meus deveres de irmão, de esposo ou de cidadão, quando me desincumbo de encargos que contraí, pratico deveres que estão definidos fora de mim e de meus atos, no direito e nos costumes. Mesmo estando de acordo com sentimentos que me são próprios, sentindo-lhes interiormente a realidade, esta não deixa de ser objetiva; pois não fui eu quem os criou, mas recebi-os através da educação. [...] Assim também o devoto, ao nascer, encontra prontas as crenças e as práticas da vida religiosa; existindo antes dele, é porque existem fora dele. O sistema de sinais de que me sirvo para exprimir pensamentos, o sistema de moedas que emprego para pagar as dívidas, os instrumentos de crédito que utilizo nas relações comerciais, as práticas seguidas na profissão, etc., etc., funcionam independentemente do uso que delas faço (DURKHEIM, 2007, p.1-2).

Por mostrarem-se como uma realidade externa, que existe anteriormente aos indivíduos, ou seja, que foram elaboradas por gerações anteriores às existências atuais, a ‘internalização’ dessas maneiras coletivas de agir e pensar se dá através da educação. Esta, segundo o autor, consiste em um contínuo esforço por socializar o indivíduo no meio em que ele vive, impondo-o, desde os primeiros anos de vida, maneiras de agir, de sentir e de ver às quais não chegaria de forma espontânea, como comer e dormir em horários regulares, ter hábitos higiênicos, ser obediente e paciente, estudar, trabalhar. Aos poucos, essas maneiras de agir vão dando lugar a hábitos e tendências internas que resultam desta coerção.

O caráter coercitivo destes tipos de conduta e de pensamento pode também ser demonstrado através das penas impostas aos indivíduos que a elas não se aderem, seja através do sistema de sanções jurídicas, como as punitivas (um indivíduo que comete um crime, violando as leis do direito – e, portanto, ofende a consciência pública – tem o seu ato reprimido através da prisão), seja através do afastamento ou do desconforto social que um indivíduo sofre se não se submete às convenções da sociedade - quando, por exemplo, um indivíduo não se veste de acordo com a moda ou não se comporta de acordo com as ‘normas sociais’, ou ainda quando não fala o mesmo idioma que os seus conterrâneos (DURKHEIM, 2007).

A abordagem científica dos fenômenos sociais enquanto ‘fatos’ traz como consequência a primeira e mais fundamental regra do método sociológico estabelecido pelo autor: considerá-los como coisas. “É coisa, com efeito, tudo o que é dado, tudo o que se oferece, ou melhor, se impõe à observação. Tratar fenômenos como coisas é tratá-los na qualidade de *data* que constituem o ponto de partida da ciência. Os fenômenos sociais apresentam incontestavelmente esse caráter” (DURKHEIM, 2007, p.28). O caráter de ‘coisa’ atribuído à análise científica da vida social retira dos indivíduos a idéia ou noção que fazem dos fenômenos - pois, segundo o autor, estas são inacessíveis- e se foca no dado, no estabelecido pela coletividade e corporificado através de normas jurídicas, de valores econômicos, etc.

Essa ‘coisificação’ do social representa um esforço de Durkheim (2007) em delimitar a sociologia como um domínio científico específico e diferenciado. Para diferenciá-lo, por exemplo, da psicologia, o autor coloca no domínio desta a investigação das ações individuais a partir dos fatos psíquicos. Diferentemente, a sociologia deveria se concentrar nos dados que se mostram externos ao indivíduo por ‘natureza’ e que independem dele para serem estudados. O trecho adiante ilustra essa idéia:

Com efeito, os fatos psíquicos são naturalmente dados como estados do sujeito, do qual eles não parecem sequer separáveis. Interiores por definição, parece que só se pode tratá-los como exteriores violentando a sua natureza. É preciso não apenas um esforço de abstração, mas todo um conjunto de procedimentos e de artifícios para chegar a considerá-los desse viés. Ao contrário, os fatos sociais têm mais naturalmente e mais imediatamente todas as características da coisa. O direito existe nos códigos, os movimentos da vida cotidiana se inscrevem nos dados estatísticos, nos monumentos da história, as modas nas roupas, os gostos nas obras de arte. Em virtude de sua natureza mesma eles tendem a se

constituir fora das consciências individuais, visto que as dominam (DURKHEIM, 2007, p.31).

Desta regra fundamental, Durkheim (2007) extrai as conseqüentes. Uma delas diz respeito ao afastamento das prenoções e dos preconceitos - daquelas idéias formadas e cristalizadas pelo senso comum - do pesquisador na observação dos fatos sociais. Esse afastamento requer do sociólogo um rompimento com conceitos formados em domínios exteriores ao científico e que o autor julga como "falsas evidências". A ciência seria o lócus de um saber neutro, desprovido de julgamentos de valor. O preceito cartesiano da dúvida metódica encontra-se como arcabouço de sua regra:

A dúvida metódica de Descartes, no fundo, não é senão uma aplicação disso. Se, no momento em que vai fundar a ciência, Descartes impõe-se como lei por em dúvida todas as idéias que recebeu anteriormente, é que ele quer empregar apenas conceitos cientificamente elaborados, isto é, construídos de acordo com o método que ele institui; todos os que ele obtém de outra origem devem ser, portanto, rejeitados, ao menos provisoriamente (DURKHEIM, 2007, p.32).

Assim, o sociólogo, em uma investigação científica, dirigindo-se a um grupo determinado de fenômenos, deve defini-los previamente. Essa regra é colocada como a condição primeira e mais indispensável para que exista a possibilidade de prova e verificação dos fatos. Além disso, o autor coloca que é por ela que o próprio objeto da ciência é definido. O fato social enquanto 'coisa' deve-se à maneira pela qual for feita a sua definição (DURKHEIM, 2007).

Essa definição, segundo o autor, deve ser mais objetiva possível, de maneira que seja capaz de exprimir os fenômenos através de propriedades inerentes a eles próprios, e não daqueles que provenham de uma idéia do pesquisador. Isto significa que a investigação deve partir das manifestações mais exteriores de um fenômeno, o que implica desconsiderá-los de suas essências mais profundas. É também a partir desta forma que o objeto de uma ciência, segundo o autor deve ser definido.

Constatamos, por exemplo, a existência de certo número de atos que apresentam todos determinado caráter exterior, isto é, uma vez executados, determinam por parte da sociedade esta reação particular chamada punição. Constituímos com eles um grupo sui generis, ao qual

impomos uma rubrica comum; chamaremos crime todo ato que recebe uma punição e fazemos do crime assim definido objeto de uma ciência especial, a criminologia (DURKHEIM, 2007, p. 36).

A definição dos fenômenos sociais a partir de seus caracteres mais exteriores requer também que o pesquisador considere-os naqueles aspectos em que se apresentam isolados de suas manifestações individuais, de forma que sejam representados da maneira mais objetiva possível (DURKHEIM, 2007). Isso quer dizer que o que prevalece é a forma como o fenômeno apresenta-se na coletividade, em sua generalidade. O individual é subsumido frente ao coletivo, o todo prevalece às partes. O geral se impõe ao detalhe, ao particular.

Fora dos atos individuais que suscitam, os hábitos coletivos se exprimem por meio de formas definidas: regras jurídicas, morais, provérbios populares, fatos de estrutura social, etc. Como estas formas existem de maneira permanente, como não mudam com as diversas aplicações que delas são feitas, constituem um objeto fixo, uma medida constante que está sempre à disposição do observador e que não deixa lugar às impressões subjetivas e às observações pessoais (DURKHEIM, 2007, p.45-46).

Vemos aí, como a propriedade de ‘coisa’ atribuída ao ‘social’ retira-lhe a sua dinamicidade e organicidade inerentes. Para que os fenômenos sociais possam ser objetivamente abordados, esses precisam apresentar uma fixidez, uma medida precisa, que se mostre por si mesma e que independa do ponto de vista do pesquisador, pois “a condição de toda objetividade é a existência de um ponto de referência, constante e idêntico, ao qual a representação pode ser relacionada e que permite eliminar tudo o que ela tem de variável, de subjetivo” (DURKHEIM, 2007, p.45).

Esse caráter fixo e rigidamente definido do fato social mostra-se incapaz de dar conta da dinamicidade e da mutabilidade da vida coletiva. O autor já assinalava essa limitação da abordagem científica dos fenômenos sociais:

Não há dúvida de que, procedendo assim, deixaremos fora do âmbito da ciência a matéria concreta da vida coletiva; e todavia, por mais mutável que seja esta matéria, não temos o direito de postular a priori sua ininteligibilidade. Porém, se desejarmos seguir uma abordagem metódica, será necessário estabelecer os primeiros fundamentos da ciência, não em areia movediça, mas em terreno firme. É preciso abordar o domínio do social pelos aspectos que oferecem melhor possibilidade de apreensão à investigação científica. Somente em seguida será possível levar mais longe a pesquisa e, por meio de trabalhos progressivos de abordagem, ir

cingindo mais de perto esta realidade fugidia, que o espírito humano talvez não possa jamais abarcar completamente (DURKHEIM, 2007, p.47).

Como podemos notar, as regras estabelecidas pelo autor trazem para o interior das ciências sociais os pressupostos da objetividade e da neutralidade científicas na análise dos fenômenos sociais. Além disso, mostra a necessidade de se construir novos conceitos, que sejam apropriados às necessidades da ciência e que sejam sempre expressos através de uma terminologia particular (DURKHEIM, 2007).

Essas regras foram sendo desenvolvidas a partir do seu estudo sobre a solidariedade social e que se encontra em sua obra clássica, o livro 'Da Divisão do Trabalho Social'. É importante destacar que, em Durkheim (1999), a solidariedade é utilizada no seu estudo sobre o 'social' como uma primeira categoria para explicar as relações de sociabilidade que constituem as diferentes sociedades e que dão 'humanidade' ao ser. O autor mostra que a divisão do trabalho pelos diferentes grupos sociais tem por função a produção de relações de solidariedade entre os seus membros (DURKHEIM, 1999). Mas, como um fenômeno moral, a solidariedade não pode ser integralmente exprimida em suas manifestações passíveis de observação e constatação (direito e costumes). Em outros termos, ela possui um 'estado interno', próprio do indivíduo, campo que não se mostra de domínio do conhecimento sociológico. Para que assuma uma forma apreensível, é preciso que algumas consequências sociais traduzam-na exteriormente.

A solidariedade social, porém, é um fenômeno totalmente moral, que, por si, não se presta à observação exata, nem, sobretudo, à medida. Para proceder tanto a essa classificação quanto a essa comparação, é necessário, portanto, substituir o fato interno que nos escapa por um fato externo que o simbolize e estudar o primeiro através do segundo (DURKHEIM, 1999, p.31).

Assim, a solidariedade, para ser estudada cientificamente, deve ser buscada em suas expressões coletivas, na medida em que, em âmbito individual, ela se mostra indistinta, imprecisa e inespecífica. Cientificamente abordada como uma 'coisa', ela deve ser capaz de existir independente do indivíduo, deve perder seu caráter subjetivo. A solidariedade social passa a ser estudada pelos efeitos externos que

produz, efeitos que se mostram passíveis de observação, descrição, caracterização e medição: as regras jurídicas.

Mas só podemos conhecer cientificamente as causas pelos efeitos que elas produzem; e, para melhor determinar a sua natureza, a ciência apenas escolhe entre esses resultados os que são mais objetivos e que melhor se prestam à medida. Ela estuda o calor através das variações de volume que as mudanças de temperatura produzem nos corpos, a eletricidade através de seus efeitos físico-químicos, a força através do movimento. Por que a solidariedade social seria uma exceção? (DURKHEIM, 1999, p.33)

Para tanto, classificando as diferentes formas de penalidade jurídica (a sanção repressiva, representada pelo direito penal; e a sanção cooperativa, que compreende os direitos civil, comercial, processual, administrativo e constitucional) procura demonstrar a existência de dois tipos de solidariedade social: uma de natureza mecânica (que corresponde à sanção repressiva) e a outra de natureza orgânica (que corresponde à sanção cooperativa) (DURKHEIM, 1999).

Para o autor, essas diferentes formas de solidariedade possuem, por correspondência, estruturas sociais de naturezas distintas. Essas estruturas e seus correspondentes tipos de solidariedade serão abordados a seguir. O 'movimento' que gostaríamos de mostrar, a seguir, é aquele que primeiro captura o social, por 'natureza', como um domínio específico, externo e independente da realidade individual para depois colocá-lo como ordenador da vida individual.

2.4.1 A determinação social nas primeiras organizações sociais

A formação da sociedade é estudada, em Durkheim (1999), a partir de uma corrente evolucionista, acreditando que a humanidade avança no sentido de seu aperfeiçoamento progressivo. Segundo a tese defendida por ele, as primeiras formas de organização social iniciaram-se a partir da agregação de indivíduos e ocorreu porque esses, não possuindo uma individualidade própria, confundiam-se uns com os outros em suas semelhanças que os marcavam por natureza. Essas organizações mais "primitivas" (em suas palavras) tinham como característica a

absorção do indivíduo pelo grupo e a forma de uma massa composta por partes indiferenciadas, indistintas de sua totalidade (DURKHEIM, 1999).

Encontramos um modelo quase perfeitamente puro dessa organização social entre os índios da América do Norte. Cada tribo iroquesa, por exemplo, é formada por certo número de sociedades parciais (a mais volumosa compreende oito). Os adultos de ambos os sexos são iguais uns aos outros. Os caciques e chefes que se encontram à frente de cada um desses grupos e cujo conselho administra os negócios comuns da tribo não gozam de nenhuma superioridade. A própria parentela não é organizada, porque não se pode dar esse nome à distribuição da massa por camadas de gerações. Na época tardia em que esses povos foram observados, havia algumas obrigações especiais que uniam o filho a seus parentes maternos, mas essas relações se reduziam ainda a pouca coisa e não se distinguem sensivelmente das que a criança mantinha com os outros membros da sociedade. Em princípio, todos os indivíduos da mesma idade eram parentes uns dos outros no mesmo grau. (DURKHEIM, 1999, p. 158)

Durkheim (1999) chama de solidariedade mecânica esses vínculos que unem inicialmente os indivíduos. O adjetivo ‘mecânica’ deriva-se da ‘natureza’ dessa agregação: os indivíduos, por serem desprovidos de individualidade, exteriorizam a sua dimensão de ‘coisa’, de ‘corpos brutos’, na medida em que se movem e modificam, não por eles mesmos, mas tão somente devido a uma força externa que lhes é imposta:

As moléculas sociais que só seriam coerentes dessa maneira não poderiam, pois, mover-se em conjunto, a não ser na medida em que não têm movimentos próprios, como fazem as moléculas dos corpos inorgânicos. É por isso que propomos chamar de mecânica essa espécie de solidariedade. Essa palavra não significa que ela seja produzida por meios mecânicos e de modo artificial. Só a denominamos assim por analogia com a coesão que une entre si os elementos dos corpos brutos, em oposição à que faz a unidade dos corpos vivos (DURKHEIM, 1999, p.107).

O autor refere-se a essas ‘estruturas’ sociais inicialmente formadas como ‘hordas’, já que se constituem por uma “massa absolutamente homogênea, cujas partes não se distinguiriam umas das outras” (DURKHEIM, 1999, p.157), um tipo de sociedade simples e não organizada e na qual a coesão de seus membros dá-se pelas similitudes. À medida que se torna mais complexa, a sociedade passa a se formar não mais por uma, mas por um conjunto de hordas, denominadas de ‘clãs’; que, por sua vez, se associam em segmentos constituindo-se ‘sociedades segmentárias à base de clãs’, de natureza familiar e política. Embora distintos entre si, esses

segmentos ainda eram marcados internamente pela forte similitude entre seus membros (DURKHEIM, 1999).

Como quer que a denominemos, porém, essa organização, tal como a horda, de que não mais é do que um prolongamento, não comporta evidentemente outra solidariedade além da que deriva das similitudes, pois a sociedade é formada de segmentos similares e estes, por sua vez, compreendem apenas elementos homogêneos (DURKHEIM, 1999, p.160).

Nesses ‘tipos’ coletivos, os indivíduos partilham de um conjunto muito forte de crenças e de sentimentos comuns que é manifestada por um sistema de regras de conduta, na medida em que impõem, a todos da coletividade, maneiras de agir bem uniformes. As idéias e as tendências, pertencentes a toda a sociedade, são em maior número e mais intensas que as possuídas individualmente por seus membros (DURKHEIM, 1999). O social é uma massa tão fortemente homogênea quanto se apresenta de forma intensa e predominante na vida das pessoas a partir da criação de uma ‘consciência comum’ que é compartilhada por todos. É essa consciência comum que determina o modo de pensar, agir e se relacionar dos indivíduos, criando hábitos comuns a todos eles, assim como sentimentos correspondentes a cada um desses hábitos/ações.

A consciência coletiva é entendida, então, como uma força externa, capaz de unir e mover similarmente os indivíduos dentro desta coletividade; uma realidade distinta dos indivíduos, um “sistema determinado que tem vida própria” (DURKHEIM, 1999, p. 50). Essa consciência comum que é criada, “tipo psíquico da sociedade” é a forma que o autor usa para caracterizar e delimitar a ‘natureza externa’ do social; na medida em que ela é criada pela coletividade. Mas, ao mesmo tempo em que se mostra como algo externo dotado de vida própria, ela se inscreve de uma forma bem precisa nos indivíduos. Assim, o ser social é posterior ao ‘social’ e se forma pela internalização de uma consciência que foi construída pelas relações de sociabilidade instituídas pela coletividade.

Durkheim (1999) segue sua análise da vida social a partir de uma corrente progressista, mostrando que essa ‘estrutura social’, inicialmente formada pela solidariedade mecânica, vai sendo lenta e progressivamente substituída por tipos

sociais mais organizados. Isto ocorre pela extensão das relações sociais e pela intensificação da divisão do trabalho social, possibilitando que ocorra a diferenciação dos indivíduos desse seio coletivo.

2.4.2 A determinação social nas sociedades organizadas

Para Durkheim (1999), as sociedades consideradas do tipo ‘superiores’ possuem uma estrutura bem diferente daquelas em que ele considera como sendo as formas mais simples da vida social. Essa distinção está associada à existência de uma maior ou menor divisão do trabalho entre a coletividade. Esta divisão não se restringe ao plano econômico, mas perpassa todas as esferas da vida social (científica, religiosa, familiar, artística, etc.) e é a responsável por desenvolver um vínculo social que se diferencia, por ‘natureza’, daquele que era o responsável pela coesão social nos agrupamentos coletivos mais simples. Este vínculo é a solidariedade orgânica, um vínculo que está ligado à criação de relações de interdependência entre os indivíduos.

Esse tipo de solidariedade começa a se construir a partir do momento em que o meio social se amplia, tornando o campo das relações sociais cada vez mais vasto, abrindo um espaço para que as diferenças entre os indivíduos se manifestem. Assim, Durkheim vai mostrar que a dissolução daquelas sociedades segmentárias que, embora distintas umas das outras, eram marcadas internamente por uma forte consciência coletiva, torna possível uma aproximação entre os seus membros, multiplicação das relações intersociais, generalização da vida social e uma concomitante formação de sociedades parciais (QUINTANEIRO, 2003). O progresso da divisão do trabalho está ligado à condensação da sociedade, ou seja, o “trabalho se divide mais à medida que as sociedades se tornam mais volumosas e mais densas” (DURKHEIM, 1999, p.263).

Mas a divisão do trabalho não é específica do mundo econômico: podemos observar sua influência crescente nas regiões mais diferentes da sociedade. As funções políticas, administrativas, judiciárias especializam-se cada vez mais. O mesmo ocorre com as funções artísticas e científicas. Estamos longe do tempo em que a filosofia era a ciência única; ela

fragmentou-se numa multidão de disciplinas especiais, cada uma das quais tem seu objeto, seu método, seu espírito (DURKHEIM, 1999, p.2).

Essa estrutura social então formada diferencia-se das outras na medida em que não se constitui mais pela repetição de segmentos homogêneos. Ao contrário, ela se organiza a partir de um sistema composto por 'órgãos' diferentes (administrativos, econômicos, judiciários, corporativos, artísticos, entre outros). Os indivíduos não se assemelham, são diferentes e necessários, como os órgãos de um ser vivo. A crescente divisão do trabalho nestas sociedades tem por função o desenvolvimento da solidariedade orgânica. Quanto mais complexas, mais dividido é o trabalho social e mais especializadas são as funções individuais.

A solidariedade orgânica diz respeito aos vínculos que mantém a organização dos indivíduos nestas sociedades: a 'natureza' particular da atividade social que lhes cabe, e não mais pelas relações de descendência, consaguinidade ou parentesco. "Seu meio natural e necessário não é mais o meio natal, mas o meio profissional." (DURKHEIM, 1999, p.166). Ela se forma como consequência do processo de diferenciação social dos indivíduos a partir das diferentes atividades profissionais desenvolvidas, possibilitando que o indivíduo apareça e se distinga do grupo social a que pertence.

Quanto mais o meio social se amplia, menos o desenvolvimento das divergências privadas é contido. Mas, entre as divergências, existem aquelas que são específicas de cada indivíduo, de cada membro da família, elas mesmas tornam-se sempre mais numerosas e mais importantes à medida que o campo das relações sociais se torna mais vasto. Ali, então, onde elas encontram uma resistência débil, é inevitável que elas se provenham de fora, se acentuem, se consolidem, e como elas são o âmago da personalidade individual, esta vai necessariamente se desenvolver. Cada qual, com o passar do tempo, assume mais sua fisionomia própria, sua maneira pessoal de sentir e pensar (DURKHEIM, 1921 apud QUINTANEIRO, 2003, p.71).

Isso acontece na medida em que um tipo de consciência se desenvolve cada vez mais nesses indivíduos e que é a marca de sua individualidade: a consciência individual. Esta é entendida como um tipo de estado mental que é próprio de cada indivíduo, que é a definidora de sua personalidade, daquilo que o diferencia dos demais. Isso não quer dizer que o indivíduo não compartilhe com a coletividade uma

consciência comum, ou que ela esteja ameaçada de desaparecer. O que o autor demonstra é que, nestes ‘tipos sociais superiores’, esta consciência comum (que era bastante forte e determinada nos ‘tipos inferiores’) consiste “cada vez mais em maneiras de pensar e sentir muito gerais e indeterminadas, que deixam o espaço livre para uma multidão crescente de dissidências individuais” (DURKHEIM, 1999, p.155).

Há em nós duas consciências: uma contém apenas estados que são pessoais a cada um de nós e nos caracterizam, ao passo que os estados que a outra compreende são comuns a toda a sociedade. A primeira representa apenas nossa personalidade individual e a constitui; a segunda representa o tipo coletivo e, por conseguinte, a sociedade sem a qual ela não existiria. Quando é um dos elementos desta última que determina nossa conduta, não agimos tendo em vista o nosso interesse pessoal, mas perseguimos finalidades coletivas. Ora, embora distintas, essas duas consciências são ligadas uma à outra, pois, em suma, elas constituem uma só coisa, tendo para as duas um só e mesmo substrato orgânico. Logo, elas são solidárias (DURKHEIM, 1999, p.79).

O processo de diferenciação do indivíduo frente ao grupo coletivo a que pertence está ligado ao desenvolvimento crescente da consciência individual, que por sua vez está ligada ao lugar e à função específica que começa a ocupar na parte do trabalho social que lhe cabe. As regras de conduta passam a se tornar menos determinadas, já que passam a ser aplicadas e adaptadas às particularidades das funções individuais.

É necessário, pois, que a consciência coletiva deixe descoberta uma parte da consciência individual, para que nela se estabeleçam essas funções especiais que ela não pode regulamentar; e quanto mais essa região é extensa, mais forte é a coesão que resulta dessa solidariedade. De fato, de um lado, cada um depende tanto mais estreitamente da sociedade quanto mais dividido for o trabalho nela e, de outro, a atividade de cada um é tanto mais pessoal quanto mais for especializada (DURKHEIM, 1999, p.109).

Para o autor, as personalidades individuais estão ligadas tanto ao uso e costumes corporativos, quanto ao desenvolvimento de habilidades profissionais; o que mostra que elas, apesar de circunscritas, não se mostram completamente próprias e originais. Além disso, o desenvolvimento da individualidade pressupõe uma maior mobilidade dos indivíduos na estrutura social, mas, ao mesmo tempo, uma maior interdependência dos mesmos: o todo cresce ao mesmo tempo que a

individualidade das partes. “As diversas partes do agregado, por cumprirem funções diferentes, não podem ser facilmente separadas” (DURKHEIM, 1999, p.130).

Estabelece-se uma relação necessária entre a evolução social e a preponderância da solidariedade orgânica sobre a mecânica; ou seja, nos ‘tipos’ sociais mais organizados, a solidariedade orgânica sobrepõe-se à mecânica, já que os indivíduos se vinculam à sociedade mais devido às consequências da divisão do trabalho do que pelas crenças e sentimentos em comum. Nesse sentido, a solidariedade orgânica é a responsável por conferir a unidade e a coesão nas estruturas sociais mais complexas. “Não só, de maneira geral, a solidariedade mecânica liga os homens menos fortemente do que a solidariedade orgânica, como também, à medida que avançamos na evolução social, ela vai se afrouxando cada vez mais” (DURKHEIM, 1999, p.133).

Assim, Durkheim (1999, 2007) abre para a sociologia a possibilidade de estudar e classificar as diferentes ‘espécies sociais’ a partir da caracterização de suas estruturas internas. A divisão do trabalho social é uma lei que rege a sociedade, mas que não é própria desta. Como vimos, as ciências sociais se formam e estabelecem seus métodos de análise e interpretação da realidade a partir da visão de mundo estabelecida pelas ciências naturais, que busca as leis que regem a natureza. Assim, a divisão do trabalho social se insere numa lei maior que é a lei da divisão do trabalho:

Sabe-se, com efeito, desde os trabalhos de Wolff, Von Baer, Milne-Edwards, que a lei da divisão do trabalho se aplica tanto aos organismos como às sociedades; pôde-se inclusive dizer que um organismo ocupa uma posição tanto mais elevada na escala animal quanto mais as suas funções forem especializadas. Essa descoberta teve por efeito, ao mesmo tempo, estender imensamente o campo de ação da divisão do trabalho e recuar suas origens até um passado infinitamente remoto, pois ela se torna quase contemporânea do advento da vida no mundo (DURKHEIM, 1999, p.3).

Entendemos que a noção de “determinação social” pode ser interpretada, em Durkheim (1999, 2007), a partir de um pressuposto positivista fundamental: a de que a sociedade é regida por leis naturais, passíveis de serem descobertas pelo estudo científico sistemático, a partir da delimitação e caracterização de suas partes, suas funções e as relações que estabelecem com o todo.

A partir desse pressuposto positivista, entendemos que essa noção de “determinação social” pode ser apreendida quando o autor demonstra que é ‘social’ todo fato que é geral, ou seja, que se aplica a todos ou à maioria dos indivíduos e que se apresenta ‘por natureza’ como algo externo a eles. Assim, a delimitação do caráter exterior do ‘social’ coloca-o passível de ser ‘isolado’ e classificado como campo de estudo específico da sociologia. O conhecimento científico do ‘social’ é dado pela fragmentação da ciência em ‘ciência social’.

Mas o ‘social’ não apenas se apresenta como um fato exterior e dotado de generalidade, como também se estabelece uma preeminência desse em relação ao individual: a partir da ação de uma força externa (a ‘força social’) sobre as ações dos indivíduos, independente de suas vontades ou de suas adesões. O autor não se refere à coerção do ponto de vista dos constrangimentos do meio físico, mas à coerção moral ou social, aquela pressão exercida por um ou por vários grupos sobre a ação dos indivíduos que os integram e que leva esses indivíduos a se conformarem com as regras (morais, jurídicas, por exemplo) da sociedade do qual eles vivem. Assim, tende a mostrar que a vida individual é inteiramente determinada, em última instância, por estruturas ou condições sociais dominantes.

O estabelecimento de relações de causalidade entre os fenômenos individuais e os sociais deve ser feito a partir da explicação dos primeiros pelos segundos. Portanto, a noção de “determinação social” em Durkheim (1999, 2007) segue a perspectiva de que as ações humanas são determinadas (no sentido de ordenadas/motivadas) pela vida coletiva.

3. O DEBATE LATINO-AMERICANO E A SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA: A NOÇÃO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

A partir do final dos anos sessenta houve um profundo questionamento do paradigma biomédico da doença, que a conceituava como um fenômeno biológico individual. Este movimento de crítica ao paradigma médico-biológico se situa em um contexto social marcado pela dificuldade da medicina na produção de um novo conhecimento que fosse capaz de compreender e explicar os principais problemas de saúde que emergiam nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e os tumores malignos. Não apenas do ponto de vista da produção de conhecimento, mas também da insuficiência mostrada pelas práticas médicas, calcadas na medicina clínica, de não oferecer soluções satisfatórias para a melhoria das condições de saúde da coletividade (FACCHINI, 1994; TAMBELLINI-AROUCA, 1984a).

No Brasil, os Departamentos de Medicina Preventiva constituíram a base institucional da produção de conhecimento sobre a saúde da população e a organização das práticas sanitárias. Os primeiros departamentos foram criados na década de 1950, na Faculdade Paulista de Medicina e na de Ribeirão Preto, a partir de uma lei que visava a reforma dos currículos de medicina, tornando obrigatória a incorporação de uma abordagem preventiva na formação dos médicos, em complemento a uma abordagem estritamente curativa (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O discurso preventivista se ancorava na abordagem da saúde-doença como um processo natural e tinha o modelo ecológico como umas das principais fundamentações teóricas para as intervenções médicas (AROUCA, 2003). Tal modelo foi considerado por Facchini (1994) como uma sofisticação do modelo de multicausalidade simples – ou seja, a simples análise das múltiplas causas das doenças – a partir do conhecimento da história natural da doença.

Nesse modelo ecológico, a história da doença segue um caminho linear e passível de sofrer intervenção médica-sanitária em diferentes períodos. O modelo possui na tríade ecológica - agente, hospedeiro e meio ambiente – o ponto chave para a

explicação inicial do desencadeamento da doença, que é vista como o resultado de um desequilíbrio entre o homem e o seu ambiente. A história natural da doença é abordada a partir das inter-relações desses três componentes, desde as primeiras forças criadoras do estímulo patológico no meio ambiente, passando pela resposta do hóspede aos estímulos ambientais, até as alterações que culminarão nos desfechos de doença (LEAVELL; CLARCK, 1976).

A partir desse modelo, o conhecimento epidemiológico se apropria de um novo método para delinear, de forma sistemática, a prevenção e o controle de doenças nas populações a partir da exposição de dois domínios: o 'domínio externo' - no qual interagem agentes em relação ao meio ambiente a partir de distintos estímulos (físicos, químicos, biológicos, sociopolíticos e culturais) – e o 'domínio interno' – o lugar individual - que é aquele em que a doença se processa no organismo vivo, a partir de modificações fisiológicas, químicas e histológicas (PUTTINI; PEREIRA-JÚNIOR; OLIVEIRA, 2010). Além de analisar o objeto saúde-doença a partir dos métodos estabelecidos pelas ciências naturais, esta abordagem está interessada na explicação que forneça subsídios para a intervenção direta na natureza da doença, e que, no modelo preventivista, baseia-se nos diferentes momentos de intervenção médica: prevenção, proteção, recuperação e reabilitação.

No Brasil, a crítica à forma como a doença é tratada neste modelo ecológico é estabelecida por Arouca (2003) em sua tese de doutoramento. A crítica deste autor ao método positivista de abordagem da doença nesse modelo considerava que a sua história foi geometrizada a partir de um esquema cartesiano, em que o tempo é visto de uma forma reducionista e a-histórica, ou seja, a doença é considerada dentro de um espaço estritamente cronológico, a partir de certa regularidade em que se inscreve, sendo desprovida de historicidade. Segundo Melo-Filho (2003, p.55), o positivismo, na tentativa de ocultar o sistema de valores que dão arcabouço à sua visão de mundo “acredita que pode ‘escapar’ da história, impingindo a seus critérios de verdade uma estabilidade ‘eterna’”. Assim, segundo essa corrente, o conhecimento seria considerado válido universalmente e de forma independente dos momentos históricos em que é produzido.

Outro alvo da crítica ao modelo multicausal da história natural da doença que foi defendida por Arouca (2003) é a forma como tal modelo aborda o 'social'. Participando, de forma simultânea, como fator causal ligado ao hospedeiro e ao meio ambiente, o 'social' não apenas aparece como um atributo individual (status econômico, social, atitudes em relação ao sexo, etc.), mas também se mostra combinado de forma homogênea com fatores físicos, químicos e biológicos, ou seja, o 'social' passa a ter um peso idêntico aos demais 'fatores' a partir de uma determinação mecânica de equilíbrio entre hóspede e meio ambiente (AROUCA, 2003).

A crítica rigorosa de Arouca (2003) ao conceito de multicausalidade impresso na história natural da doença assinalou a necessidade de superação dos limites do pensamento causal e a adoção de modelos de determinação, considerados de grande importância para a transição da epidemiologia dos fatores de risco para a epidemiologia social (ALMEIDA-FILHO, 2004; BARATA; ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2012).

Laurell (1982), nessa mesma vertente, faz a crítica a este modelo de multicausalidade. Segundo a autora, esta busca pela exatidão dos conceitos, na pretensão de explicar partindo da suposição da impossibilidade de conhecer a essência das coisas é um grande paradoxo. Assim,

[...] a limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a 'fatores de risco', que atuam de maneira igual (LAURELL, 1982, p.154).

O método positivista de abordagem, que enfatiza o caráter 'neutro' da ciência, se inscreve, na história natural da doença, a partir da despolitização e desteorização de conceitos tais como 'população', 'comunidade', 'contextos econômico e político'. Além disso, desvincula o social de uma relação direta com a teoria à qual ele se articula focando sua contribuição apenas como um atributo para os elementos e não como explicação dos processos sociais (AROUCA, 2003).

A cisão que o positivismo realiza entre os “juízos de fato” e os “juízos de valor” e a sustentação de que o conhecimento só pode ser verdadeiro se despido dos juízos de valor, no qual os fatos devem ser descritos e explicados e não avaliados, desenha um perfil de ciência ‘asséptica de valores morais’, neutra, livre dos efeitos do movimento social ao redor (MELO-FILHO, 2003, BREILH, 1991). Para Breilh (1991) essa separação, elevada ao plano do pressuposto básico do método do conhecimento, deu-se a partir da redução do estatuto legal da sociedade às leis da natureza e da redução da observação das coisas sociais à sua aparência ou conteúdo externo. Nesse caminho, o processo saúde-doença também não escapou de uma definição enquanto ‘coisa’, que se desenvolve sujeita a leis naturais e exposta a alterações do meio exterior, induzidas apenas por fatores deste meio (natural), tais como os agentes físicos, químicos, orgânicos e a “coisa social”.

Esse método positivista se inscreve na Epidemiologia Tradicional, que parte do processo de decomposição do objeto através de um processo de análise, porém não torna a reconstruí-lo através da síntese (BREILH; GRANDA, 1989). Segundo Breilh e Granda (1989, p. 18- grifos dos autores) “seu ponto de partida são *abstrações* denominadas *fatores* que de uma forma isolada se supõe intervir com maior ou menor força no aparecimento do problema estudado”. Neste modelo, o “social” entra como componente fatorial e a sociedade é interpretada como um agregado de elementos homogêneos, de caráter natural.

[...] Essa manobra de naturalização ou ecologização dos problemas atua como base teórica para delinear do ponto de vista epidemiológico que as leis que os regem e as ações que se fazem necessárias são do tipo fundamentalmente ecológico e biológico, deslocando a consideração dos fundamentos econômicos sobre os quais se desenvolve a vida social (BREILH; GRANDA, 1989, p.18).

Tambellini-Arouca (1984a) enfatiza, nessa discussão crítica, que a abordagem ‘fatorial’ do processo saúde-doença incorpora uma discussão *a posteriori* do problema, mobilizada por correlações estatísticas, colocadas por uma perspectiva divisionista e fracionadora da realidade.

Assim, o social indiferenciado e inespecífico num meio ambiente natural agressivo, fragmentado e dissolvido nos emaranhados da fatoração perde sua força enquanto elemento de explicação, raiz de um sofrer e viver

definidos, instância das relações que organizam e instauram a ordem dos riscos para a vida, para a morte (TAMBELLINI-AROUCA, 1984a).

Foucault (1999), em “Em Defesa da Sociedade”, nos mostra como este conhecimento estatístico, de medições globais, baseado em previsões e prevenções, se coloca como uma efetiva ferramenta tecnológica da biopolítica: “é da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder” (FOUCAULT, 1999, p.292).

Esse poder se dirige à vida, no sentido de controlá-la, de estimulá-la, de esquadrihá-la: o biopoder. O poder como campo de intervenção da biopolítica, que lida com a “população como problema político, como problema a um só tempo científico e político”, onde “vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encompridar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade [...], fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações [...]” (FOUCAULT, 1999, p.293).

Mas esse poder não se dirige ao corpo individual e sim ao corpo coletivo, à “população”, ou seja, dirige-se aos “fenômenos globais”, aos aspectos biológicos das “massas humanas” (FOUCAULT, 1999, p.299). “Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade” (FOUCAULT, 1999, p.294).

A crítica latino-americana a essa forma de abordagem naturalizada e a-histórica do processo saúde-doença emerge a partir da corrente médico-social, corrente esta que irá sustentar que a doença pode e deve ser analisada de uma forma diferente, como um processo social.

3.1 A MUDANÇA DO LÉXICO E A MUDANÇA DO MÉTODO

A corrente médico-social latino-americana, a partir da crítica à abordagem positivista do processo saúde-doença, coloca como tarefa primordial a necessidade de mudança de perspectiva na abordagem do processo de adoecimento, trazendo a possibilidade de abordar a problemática a partir de um ângulo diferente (LAURELL, 1982; BREILH, 1991). Esta abordagem compreende a produção das doenças no plano do coletivo e a construção de uma idéia científica dos processos que operam como determinantes das mesmas, através da ampliação da explicação do princípio da causalidade (ALMEIDA-FILHO, 2004).

A mudança de compreensão irá se assentar na afirmação de que o enfoque médico-hospitalar e as tecnologias de intervenção médica tem pouco a ver com o processo saúde-doença na sociedade (LAURELL, 1982; TAMBELLINI-AROUCA, 1984a). Laurell (1982) buscou comprovar essa afirmação a partir de distintas perspectivas: o estudo dos perfis patológicos de uma mesma sociedade ao longo dos tempos; o estudo comparativo entre diferentes sociedades; o estudo interno das sociedades, a partir da comparação das condições de saúde entre as distintas classes sociais.

O estudo dos perfis patológicos de uma mesma sociedade ao longo dos tempos enfatizou que, em distintos momentos históricos, esses se mostram bem diferentes. O estudo realizado por Laurell (1982) no México nos anos de 1940 e 1970 foi utilizado para demonstrar essa diferença. Os perfis patológicos dos anos 40 mostram-se bem distintos daqueles dos anos 70. O estudo mostrou uma diminuição importante na frequência de doenças infecciosas - como a febre tifóide, a malária, a sífilis e a tuberculose - e um aumento absoluto da frequência de doenças crônicas como as cardíacas, diabetes, do sistema nervoso central e acidentes. Segundo a autora, as transformações ocorridas nestes perfis patológicos não podem ser explicadas como resultantes do desenvolvimento das tecnologias médicas. Apesar de o decréscimo de algumas doenças infecciosas ser atribuído a medidas de prevenção específica, como as vacinas e as campanhas - e não do desenvolvimento do modelo médico-hospitalar- outras como as pneumonias e infecções intestinais não poderiam ser explicadas como resultantes do desenvolvimento das técnicas médicas. Assim, segundo a autora, a explicação para

a mudança desses padrões de morbidade deveriam ser buscadas a partir das características das formações sociais em cada um dos momentos históricos (LAURELL, 1982).

A segunda perspectiva de análise usada pela autora para demonstrar e aprofundar o caráter social da doença foi feita em estudo comparativo entre diferentes sociedades. O estudo analisou e comparou México e Cuba, países que possuem semelhanças quanto ao desenvolvimento econômico, mas que se diferem quanto às relações sociais de produção. A comparação estatística evidenciou que, no México, o peso das doenças infecto-contagiosas era muito maior do que o de Cuba, sendo que neste último país dominam as doenças cardiovasculares e os tumores malignos. Segundo a autora, as estatísticas demonstraram que o grau de desenvolvimento econômico não está necessariamente ligado às condições coletivas de saúde, mas sim na forma como se distribuem as relações sociais de produção nessas diferentes sociedades, que é o fator que distingue Cuba do México (LAURELL, 1982).

A terceira perspectiva de análise focou-se no estudo da distribuição das doenças no interior de uma sociedade, a partir de seus diversos grupos sociais. A articulação entre o processo saúde-doença e o processo social partiu da demonstração de que existem diferenças na distribuição das doenças entre estes grupos e que estas diferenças estão ligadas a distintas características conforme o modo diferencial com que estes grupos se inserem na produção e se relacionam com os demais grupos sociais. A autora traz então exemplos de estudos latino-americanos sobre a mortalidade infantil segundo a classe social, estudos que mostram que crianças filhas de pais proletários morrem mais do que aquelas cujos pais fazem parte da alta burguesia (LAURELL, 1982).

Essas três perspectivas de estudos, segundo a autora, permitiriam verificar, através de dados empíricos, o caráter de produção social do processo saúde-doença, como um fenômeno material objetivo. Enquanto um processo histórico, o perfil patológico de uma população muda de acordo com o momento histórico. Enquanto um processo social, o perfil varia não apenas de acordo com as diferentes formações sociais - que se distinguem conforme o modo particular de se combinar o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção - mas

também dentro de uma mesma sociedade, conforme a inserção dos diferentes grupos sociais no processo produtivo (LAURELL, 1982).

Em 'Saúde e Sociedade', Donnangelo (1979) focou seus estudos na compreensão das complexas relações sociais existentes no processo de produção da saúde e da doença através da análise dos diversos vínculos que existem entre os processos de extensão de cobertura dos cuidados médicos, as políticas públicas de saúde e as necessidades do capitalismo no sentido de manter e reproduzir a força de trabalho, controlar as tensões e antagonismos sociais e realizar a acumulação de capital do setor industrial de equipamentos e de insumos médicos. Assim, a ótica de análise passou a ser estabelecida pela abordagem da dimensão coletiva como produtora e reprodutora das formas, tanto de adoecimento, quanto de vitalidade. Ou seja, se a finalidade era compreender a saúde-doença como um fenômeno coletivo, o objeto de estudo não partia mais do indivíduo, mas sim do grupo. O objeto de estudo escolhido e que passou a ser privilegiado pela corrente médico-social na produção de conhecimento sobre a saúde foi o processo saúde-doença coletivo:

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (LAURELL, 1982, p.152).

A reformulação da natureza da doença, que passa a ser vista como um processo da coletividade – no qual o que interessa é o estudo do modo como o processo biológico acontece socialmente - trouxe como consequência a mudança do léxico: de *fator* para *processo*. Essa nova visão da saúde-doença traduziu-se na reinterpretação das causas das doenças: de entidades estáticas, passíveis de abstração formal, ao entendimento de seu caráter dinâmico, como parte integrante do movimento global da vida social (BREILH, 1991, p.200). Segundo Breilh (1991), este movimento deve ser compreendido desde as suas menores expressões, desde o inorgânico (físico), passando pelo orgânico, biológico, até chegar ao social:

O que queremos destacar aqui é que, para a concepção científica, o objeto está constituído por um todo unitário em movimento ou mudança permanente, e por isso dizemos que está composto por processos. Como a matéria se transformou ao longo do tempo, do simples ao complexo, do

inferior ao superior, mantendo a concatenação e a unidade de cada novo domínio que surgiu pelos saltos qualitativos da matéria, então, os domínios do inorgânico e do social que foram surgindo passaram a constituir um todo regido hierarquicamente pelas leis sociais (BREILH, 1991, p. 189).

Para explicar o processo social em que ocorre a produção da saúde-doença, Breilh (1991) utilizou um conceito fundamental no quadro teórico do marxismo: o de reprodução social. A categoria 'classes sociais' passou a explicar os processos típicos de reprodução social em cada um dos modos de produção que constituem uma dada formação social. No desenvolvimento de cada classe social aparecem condições benéficas e condições negativas que são o resultado do processo histórico no qual esta classe social está inscrita. Tanto as condições favoráveis, que se denominaram valores ou bens, quanto as condições adversas, que se denominaram contravalores, constituem um conjunto de contradições que se estabelecem como perfil reprodutivo social da classe. Cada vez que se intensificam os contravalores da classe, seja em suas condições objetivas, assim como em suas expressões de consciência e organização de classe, desenvolve-se o eixo doença e a mortalidade do perfil de saúde-doença deste grupo social (BREILH; GRANDA, 1989; BREILH, 1991).

Como um processo social, o objeto geral corresponde às formas econômicas estruturais em meio das quais ocorrem processos particulares de reprodução social e, como consequência, processos epidemiológicos particulares nos quais situam-se os processos dos indivíduos. Vai-se produzindo legalmente (sujeito a leis) a saúde-doença, em cada um dos níveis de generalidade descritos (BREILH, 1991, p.198).

Ou seja, data-se, nesse momento, a entrada do pensamento marxista como demarcação de uma teoria social crítica que dialoga com o campo da saúde pública. Essa corrente de pensamento constrói não somente um deslocamento dentro do campo do saber, mas a “crítica da crítica” à saúde pública: por dentro dela. Começa a se configurar um novo campo de conhecimento: o campo da Saúde Coletiva.

O deslocamento de uma produção científica que migra do “fator social” para um “processo social” cria a concatenação de idéias que conotam a formação de um novo campo. Um campo que propõe um movimento ao invés de ser analisado ou estudado como algo estático. Mesmo porque as categorias do pensamento marxista

auxiliam na produção de conceitos sociais que podem mudar em cada tempo histórico. E cada vez que muda a história, muda também o método.

O foco de análise recai sobre a necessidade de observação das leis históricas de produção e organização das sociedades na explicação das causas mais profundas das doenças, valorizando a essência dos fatos sociais e não apenas as suas manifestações fenomênicas. Breilh (1991) acredita na potencialidade desta vertente teórica no sentido de evidenciar os estratos mais profundos da estrutura social onde surge a determinação dos grandes processos sociais, desmitificando, assim, a aparente igualdade dos homens frente ao risco de adoecer. Ainda segundo o autor, nessa tarefa de reproposição da abordagem teórico-metodológica à saúde-doença, o materialismo histórico surge como possibilidade de integrar o ponto de vista popular, o rigor de um método de análise científica, assim como uma ferramenta efetiva de transformação política.

O materialismo histórico possui como objeto de estudo a sociedade e as leis gerais de seu desenvolvimento. É materialista porque sustenta que a produção material é a base sobre a qual se estabelece o modo de viver dos homens, o que determina toda a vida da sociedade. O materialismo histórico atribui caráter histórico aos fenômenos sociais, considerando-os suscetíveis de serem transformados pela ação dos homens (GARCIA, 1983, p.108).

A partir dessa perspectiva histórica, Tambellini-Arouca (1984b) dá ênfase nas relações entre o trabalho e o processo saúde doença – porque serão estas as principais categorias retiradas do pensamento marxista para auxiliar na leitura aos fenômenos considerados estritos à saúde -, colocando no processo de trabalho a dimensão da determinação do processo de adoecimento, ao considerar o trabalho como o mediador das relações estabelecidas entre o homem e a natureza e entre os próprios homens.

Do ponto de vista metodológico, para que essa forma coletiva de manifestação da saúde-doença fosse estudada, o estudo concreto se realizaria nos indivíduos:

[...] porém, a interpretação dos dados não se dá em função de cada caso, mas do conjunto deles. Ou seja, a construção do grupo significa considerá-lo em seu caráter propriamente social, isto é, pelo modo como se relaciona com o restante dos grupos no processo de trabalho da sociedade. A

investigação do padrão de desgaste e do perfil patológico tem que ser feita relativamente aos organismos dos membros do grupo pesquisado não com a singularidade de cada caso individual, como é feito pela medicina clínica, mas estabelecendo-se o comum, isto é, o que caracteriza o grupo. (LAURELL, 1982, p.153).

Esta forma de abordar o processo saúde-doença, segundo a corrente médico-social, abriria a possibilidade para estudá-lo a partir da descrição das condições de saúde deste grupo articuladas com as suas condições sociais (LAURELL, 1982). O estudo de suas manifestações comuns partiria de uma dupla caracterização dos grupos: não apenas do ponto de vista de suas características sociais, mas também a partir da qualificação dos modos específicos de adoecer destes grupos. Para Laurell (1982), a constituição dos grupos não deveria partir de suas características biológicas, mas sim de suas características sociais, colocando somente em segundo lugar as biológicas. A constituição dos grupos sociais, segundo a autora, deveria possuir a sustentação de uma teoria social que fosse capaz de oferecer os elementos teóricos necessários para a construção desses grupos.

As características biológicas dos grupos seriam buscadas através de diversos indicadores tais como expectativa de vida, condições nutricionais, perfis de morbidade e mortalidade dos grupos. Segundo Laurell (1982), estes indicadores são maneiras diversas de mostrar a forma como o processo saúde-doença se manifesta empiricamente. Aqui, a objetividade é garantida, por um lado, pela descrição de características que se mostram comuns entre os grupos sociais e, por outro, mediante a descrição de indicadores e taxas de morbi-mortalidade.

3.2 A QUESTÃO DA DETERMINAÇÃO E A REINTERPRETAÇÃO DO SOCIAL-BIOLÓGICO

A abordagem do aspecto histórico-social do fenômeno saúde-doença trouxe a necessidade de se repensar a questão da causalidade, através da busca pelo entendimento das leis das determinações que operam na vida social. Esse entendimento buscava uma hierarquização dos elementos causais, através da

exposição de seus mecanismos de ação e uma reinterpretação do 'azar' além dos limites ordinários da observação e do conhecimento (FACCHINI, 1994).

Breilh (1991) situou os principais tipos de determinação do fato epidemiológico através das seguintes leis:

1. a lei da determinação dialética, que estabelece a totalidade do processo pela luta interna e pela eventual síntese subsequente de seus componentes essenciais opostos;
2. a determinação causal ou causação que dá ênfase nas relações de causa-efeito, através da determinação do efeito por uma causa externa a ele (causa eficiente);
3. a lei da interação (ou causação recíproca ou interdependência funcional) que atua em todos os chamados "sistemas" (sistemas orgânicos, de atenção médica, etc.) e que faz uma leitura da determinação do consequente pela ação recíproca; ou seja, explica o desenvolvimento de funções executadas em determinados níveis da realidade; funções que se caracterizam por uma sequência de ações e reações que, em conjunto, estabelecem uma "retroalimentação" no interior de cada sistema;
4. a determinação probabilística que é explicada pelas leis estatísticas de distribuição quantitativa dos processos e a probabilidade de ocorrência de certas manifestações.

Ainda segundo o autor, todas essas categorias de determinação encontram-se mutuamente relacionadas e nenhuma atua de forma independente da outra (BREILH, 1991).

A passagem da interpretação da 'causação' para a 'determinação' do processo saúde-doença recolocou a problemática da relação entre o processo social e o processo biológico. Tal problemática converteu-se em um dos principais 'nós' da epidemiologia moderna, o qual Laurell (1982) denominou de "caixa negra":

Na verdade, enfrentamos uma 'caixa negra', na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Esse é, talvez, o problema mais candente para a explicação causal social do processo saúde-doença. Este problema não está resolvido (LAURELL, 1982, p. 156).

Apesar disso, para essa autora, a busca pela resolução dessa problemática deve ser feita no sentido de entendê-la a partir de uma perspectiva que compreenda o seu caráter duplo: biológico e social (LAURELL, 1982). Segundo a autora, entender a saúde-doença como um processo social não significa contrapor o social ao biológico, mas o social ao natural, já que o biológico é em si mesmo histórico e social (LAURELL, 1982). Nesse sentido, a busca se daria no sentido de compreender como o caráter histórico e social dos fenômenos assume a forma biológica. (FACCHINI, 1994).

O fato de se haver definido que o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. Por exemplo, o modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente, é ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinada atividade neuro-muscular, metabólica, etc. Outro exemplo poderia ser o comer, uma vez que o que se come e como se faz isso são fatos sociais, que têm sua contraparte biológica (LAURELL, 1982, p. 156).

Já Breilh (1991) partiu das relações entre o movimento 'social mais geral' e o movimento 'biológico' procurando explicitar que o segundo estaria subsumido no primeiro:

O social, as leis da reprodução social, o sistema de contradições dentro das quais sucede a história pessoal e o movimento biológico subsumido; mas também as condições naturais do ambiente, os fenômenos do dia-a-dia 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 num fenótipo em circunstâncias históricas específicas (configuração ergonômica, configuração imune, estado nutricional e metabólico-endócrino, capacidade de reposição, etc.) (BREILH, 1991, p.81).

Em outro fragmento, é possível constatar a inversão das relações entre o social e o biológico no plano do conhecimento das doenças:

Com efeito, pelo fato de leis econômicas, políticas e culturais atuarem na base do movimento epidemiológico, isto não quer dizer que não exista espaço para o individual-biológico definir, como parte decisiva, sua própria realidade. Por conseguinte, embora os processos da natureza, onde se desenvolve a vida de uma população, e os processos biológicos (fisiopatológicos e etiopatogênicos), que ocorrem nos organismos-atores da vida social, subordinem-se aos processos da vida social mais ampla, integrando-os, ambos participam também como determinantes desta vida e como condições decisivas do comportamento epidemiológico. Essa forma de entender a relação entre o social mais geral e o biológico rompe com a idéia de que há uma separação entre essas duas instâncias como a que existiria entre duas partes distintas do mundo, que só se tocassem externamente. Pelo contrário, entre o social mais amplo e o biológico há um profundo entrelaçamento. (BREILH, 1991, p. 203-204).

Assim, a corrente médico-social, ao propor uma nova forma de abordagem do processo de adoecimento, trouxe para o cerne da discussão a necessidade de lidar com a problemática da antinomia biológico-social, problemática esta que ainda abre amplos debates (MELO-FILHO, 2003; IANNI, 2008). Ianni (2008), em pesquisa feita nos anais dos Congressos Brasileiros de Epidemiologia – textos compilados no período de 1990 a 2002 -, retrata bem a tensão entre essas duas esferas, através do incômodo reconhecimento com o fato de que biológico e social formam um ‘constructu’ com fronteiras cada vez mais difusas.

Essa autora partiu do pressuposto de que a Epidemiologia avançou significativamente na incorporação da determinação social, sem rediscutir, no entanto, do ponto de vista epistemológico, o conceito de biológico, ficando, de certa forma, “refém” do objeto biomédico que criticou. A pesquisa apontou que na maioria dos textos analisados predominavam concepções do biológico como “depositário” do social, de forma que “as coisas sociais” explicassem as naturais, “como se sociedade e natureza pertencessem a universos diferentes, não constitutivos de uma única totalidade, constante e mútua relação, interação” (IANNI, 2008, p.32).

O conceito de ‘social’ referia-se predominantemente, nos textos analisados, à esfera do “societário”, fundado na dissociação disciplinar das ciências sociais e naturais. Além disso, evidenciou-se que o pensamento epidemiológico baseava-se na noção de identificação do biológico como um atributo individual, “como se as coisas coletivas fossem necessariamente da esfera do social e as do indivíduo, necessariamente, da esfera biológica” (IANNI, 2008, p.33). A autora chama atenção

para as armadilhas que perpetuam concepções simplificadoras dessas interações, tendo em vista a extrema complexidade envolvida nesses conceitos e reitera:

Biológico é atributo de seres orgânicos, vivos, coletivos e individuais. Sendo assim, biológico e social não configuram uma contraposição, diferentemente, por exemplo, das oposições clássicas encontradas no campo das ciências sociais, como aquela entre individual e coletivo, natureza e cultura. O biológico é social, seja na esfera dos seres individuais ou dos seres em comunidades, coletividades, populações. Portanto, torna-se necessário desenvolver esforços no sentido de trabalhar (por dentro do objeto epidemiológico) essas interações, essas relações, aprofundando o diálogo interdisciplinar, epistemológico, menos como delimitação de territórios de saberes disciplinarmente disciplinados, e mais como processos e interações como de fato o são (IANNI, 2008, p.37-38).

Como notaremos adiante, essas tensões vão se refletir, da mesma forma, no campo político.

4. O CAMPO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: DO CENÁRIO MUNDIAL AO CENÁRIO BRASILEIRO

Apesar de seu reaparecimento recente no cenário político e científico, o tema dos determinantes sociais da saúde possui uma trajetória histórica que se confunde com a própria trajetória de construção de conhecimento e de práticas em saúde pública. Essa trajetória foi marcada, desde o seu início, por tensões e conflitos que se refletiam em um movimento pendular, ora dando ênfase a uma leitura 'social', ora deslocando-se para uma abordagem mais 'biológica' da saúde. Isso, além de reforçar as trincheiras colocadas entre o 'biológico' e o 'social' e associar o biológico estritamente ao individual, revela a intrínseca relação entre a produção de conhecimento científico no campo da saúde com o cenário sócio-político, que alimenta e é alimentada pelas prioridades que se colocam em sua 'agenda'.

Assim, no início do século XIX, entre os vários paradigmas explicativos dos problemas de saúde, predominavam os estudos sobre as relações entre as condições sócio-econômicas e o processo saúde-doença dos indivíduos, assim como a necessidade de que essas relações fossem submetidas à pesquisa científica. Virchow, um dos mais importantes e destacados cientistas desta época, já mostrava em seus estudos a intrínseca relação existente entre a ciência médica e as ciências sociais, assim como chamava a atenção para a necessidade da intervenção da medicina nos campos político e social (ROSEN, 1980).

Apesar disso, no final do século XIX, o paradigma bacteriológico é que ganha destaque no campo de conhecimento e de práticas em saúde, através das descobertas de Kock e Pasteur e da criação da primeira Escola de Saúde pública nos Estados Unidos, na Universidade Johns Hopkins no início do século XX; o que fez predominar, durante muito tempo, o enfoque biológico do processo saúde-doença no centro de debate da saúde pública, em detrimento dos enfoques sociopolíticos ou ambientais (BUSS; PELLERGINI-FILHO, 2007).

Com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, a saúde passa a ser considerada em sua Constituição como um completo estado de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, trazendo novamente o

contexto social na análise da saúde (VILLAR, 2007). A criação desta organização internacional - braço técnico da Organização das Nações Unidas - marca a retomada da influência dos interesses político-econômicos norte-americanos neste campo de 'saber e fazer'.

Essa agência internacional, juntamente com a criação do Fundo Monetário Internacional e do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD – a primeira organização do Banco Mundial), faz parte de uma arquitetura institucional desenhada logo no pós-guerra pelo governo norte-americano como parte de sua estratégia política de hegemonia mundial (MATTOS, 2001). Apesar de trazer em sua criação o contexto social para dentro da análise das políticas de saúde, os conflitos e tensões decorrentes entre o enfoque sociopolítico e o paradigma biológico marcaram a trajetória de influência política mundial da OMS durante todo século XX.

Tambellini e Schütz (2009) nos trazem uma interessante perspectiva histórica desta temática, não do ponto de vista de sua 'origem', mas como um 'processo social já inventado'. Estes autores consideram a publicação do Relatório Lalonde, em 1974, no Canadá como o primeiro registro da noção de 'determinação da saúde' a ganhar forte repercussão no campo da Saúde pública. Este relatório foi fruto de um documento de trabalho destinado à discussão de reformas no sistema de saúde do Canadá e trouxe, pela primeira vez, o reconhecimento governamental de um país ocidental quanto à falência do paradigma biomédico do seu sistema nacional de saúde. Embora a noção de determinação ainda não tivesse recebido o adjetivo de 'social' no referido relatório, esse propõe uma nova abordagem para o campo da saúde, que para além da biologia humana, envolvesse também o entorno ambiental, os estilos de vida e a organização dos sistemas de saúde pública (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Esses autores fazem uma importante análise do contexto histórico-político em que este relatório se insere, que foi marcado por uma forte crise econômica mundial (a "Crise do Petróleo"), pelo crescente desenvolvimento da tecnologia médica e por um intenso movimento social de lutas reivindicativas de mudanças políticas que ameaçavam os poderes instituídos. Este contexto apontou a urgência em se

legitimar reformas no sistema de saúde devido aos crescentes gastos com os cuidados médicos. Nesse sentido, os autores evidenciam que, embora este relatório tenha contribuído - ainda que de forma não intencional - para a introdução da questão dos determinantes no campo oficial da gestão em saúde, ele se restringiu à discussão das políticas públicas capazes de interferir nos 'maus hábitos' e à necessidade de se melhorar o entorno das pessoas, passando longe de se aprofundar na questão da 'determinação social da saúde' (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009). O "dilema preventivista" apresentado por Arouca (2003) retrata de forma metódica e exemplar este contexto de emergência do discurso preventivista.

De certa forma, este relatório ecoou com a Conferência de Alma Ata, em 1978, que se destacou como um importante marco político sobre a questão dos determinantes sociais, dando ênfase aos mesmos como um dos pilares fundamentais para a Estratégia de Atenção Primária à Saúde, deslocando novamente o pêndulo da OMS para uma abordagem sócio-política e ambiental em saúde pública.

No entanto, esta importância dada pela OMS ao enfoque social nas políticas de saúde encontra nas décadas seguintes (80 e 90) uma forte resistência à sua propagação com as grandes transformações na política econômica mundial que culminaram no crescimento da onda neoliberal e no deslocamento do enfoque para uma concepção voltada para a assistência médica individual (BUSS; PELLERGINI-FILHO, 2007).

Assim, a partir das décadas de 80 e 90 a OMS perde grande parte de sua influência não apenas na condução da política de saúde mundial, mas também na condução das pesquisas em saúde. Nesta época, o Banco Mundial passa a assumir um lugar de destaque na liderança do debate internacional acerca das políticas de saúde, dando prioridade às pesquisas relacionadas à construção de critérios de custo-efetividade e ao redimensionamento da atuação governamental nestas políticas, priorizando aquelas focalizadas nos pobres e vinculadas a pacotes de mínimos sociais, aliadas à expansão da assistência privada (MATTOS, 2001).

No entanto, no final da década de 90 o modelo neoliberal de intensa priorização do crescimento econômico e de redução do papel dos Estados no plano social começa

a mostrar sinais de desgastes, ligado ao aumento dos problemas ambientais e das iniquidades sociais. Dentro do setor saúde isto se traduziu em um aumento das tensões geradas pelas iniquidades em saúde, o que fez reaparecer a preocupação com a justiça social (VILLAR, 2007).

Esse período surge associado à tendência mundial de formação de blocos de países com integração de mercados, que repudia a desigualdade extrema, não devido à justiça social, senão por interesses mercadológicos, na medida que tal desigualdade impossibilita o acesso de certos grupos sociais à participação plena do novo mercado integrado que começa a emergir (NOGUEIRA, 2009).

É nesse contexto em que, a partir de 2005, este tema volta a ser debatido na agenda política mundial quando a OMS cria a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas.

Essa comissão foi incumbida de recolher, sistematizar e sintetizar evidências sobre os determinantes sociais e o seu impacto sobre as desigualdades na saúde, assim como de produzir recomendações para ação sobre os mesmos. Para ela, “os determinantes estruturais e as condições de vida cotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países” (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010, p.1). Assim, os determinantes sociais da saúde são entendidos como as “circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença”. Tais circunstâncias são moldadas, por outro lado, por “forças de ordem política, social e econômica”. Neste sentido, as condições de vida mostram-se “determinadas”, pelo lugar em que cada um ocupa na “hierarquia social” (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010, p.1).

Em seu relatório final intitulado ‘Redução das Desigualdades no Período de uma Geração’, esta comissão faz uma convocação à OMS e aos governos nacionais no

sentido de liderarem a ação à escala global sobre os determinantes sociais da saúde, de forma a alcançarem a meta da igualdade na saúde. Para isso, estabelece três recomendações gerais: melhorar as condições de vida cotidianas; abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto das ações (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2010).

Em resposta à proposta em torno dos determinantes sociais da saúde desencadeada pela OMS, em março de 2006 foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Estabelecida através de Decreto Presidencial, com um mandato de dois anos, ela trouxe para a agenda política brasileira a discussão, já iniciada, sobre a necessidade de intervir nos determinantes sociais na busca pela equidade em saúde (BRASIL, 2006). Esta comissão foi constituída por variados atores do cenário acadêmico, científico, cultural e empresarial brasileiro. Pellegrini-Filho e Vettore (2011, p.133), acreditam que a criação desta comissão “responde a uma tradição do movimento sanitário brasileiro de aprofundar o conhecimento das relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde, e de promover ações concretas baseadas nesse conhecimento”.

Em abril de 2008, a citada comissão, através da publicação do seu Relatório Final intitulado ‘As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil’, recomenda que a atuação sobre os DSS deva ser baseada em três pilares fundamentais: ações intersetoriais que visem à melhoria da qualidade de vida e saúde, a participação social e a promoção da autonomia dos grupos mais vulneráveis da população e a evidência científica, que incorpore a produção sistemática de informações e conhecimentos sobre as relações entre DSS e a saúde, assim como a avaliação das intervenções produzidas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Por ser um dos países pioneiros na introdução desta temática em sua pauta política, o Brasil sediou, em outubro de 2011, a 1ª Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, organizada pela OMS. A Declaração Rio, documento final desta conferência, destacou cinco áreas estratégicas para o

alcance da equidade em saúde: melhor governança em saúde, a participação social na formulação e implementação das políticas públicas, sistemas de saúde orientados para a redução das iniquidades em saúde, melhor governança global para a saúde e monitorização dos avanços. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Vale destacar que a retomada desta temática e mobilização internacional realizada pela OMS se situa em uma nova conjuntura política mundial, marcada por uma possível retomada de sua liderança acerca das políticas de saúde após o seu apagamento na década de 90.

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

Tambellini e Schütz (2009) acrescentam que o modelo teórico conceitual resultante deste trabalho coletivo acaba por trazer um ofuscamento dos processos que compõem as articulações dinâmicas do objeto saúde-doença. Reforçam ainda que

[...] Ao mesmo tempo, a definição esboçada do objeto 'saúde' carece de um desenvolvimento conceitual que permita sua abordagem enquanto um objeto complexo cujas determinações estão sujeitas a graus variáveis de incerteza e diversidade. Nesse sentido, pode-se considerar a tentativa de separar o par saúde/doença operada pela Comissão da OMS como uma forma malograda de resolver as contradições inerentes ao próprio objeto saúde. Um objeto situado em um processo de 'vir a ser' no qual acontecimentos, ações, determinações e acasos imprimem suas características desordenadas dentro do grande número de relações e articulações de natureza e formas variadas constituindo-se num sistema complexo de determinações (TAMBELLINI ; SCHÜTZ, 2009, p. 377).

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

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

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

Mais recentemente a temática dos DSS foi lembrada na discussão ocorrida na Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável - a RIO +20 - evento de caráter mundial, também sediado no Brasil, menos de um ano após a Conferência Mundial sobre os DSS. A RIO +20 caracterizou-se pela definição de uma agenda global e pela renovação de um compromisso político, entre os vários países envolvidos, com o desenvolvimento sustentável para as próximas décadas, destacando a importância da atuação intergovernamental em suas dimensões social, econômica e política.

Especificamente na área temática destinada à saúde, o documento cita os determinantes sociais da saúde como uma condição prévia, um resultado e um indicador dessas três dimensões do desenvolvimento sustentável. O parágrafo 138 do documento reitera a necessidade de ação sobre os DSS na busca pela equidade ao afirmar: "Nós estamos convencidos de que a ação sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, tanto na população pobre e vulnerável quanto em toda a população, é importante para criar sociedades saudáveis, inclusivas, equitativas e economicamente produtivas" (UNITED NATIONS, 2012, p.27, tradução nossa).

Revisitado o cenário político atual em que se inserem os determinantes sociais da saúde vale perguntar de que forma vem se configurando o campo de produção acadêmico-científica sobre o tema. No Brasil, essa produção de conhecimento científico ganha destaque no campo da saúde pública/saúde coletiva, campo que tem apresentado atualmente uma crescente quantidade de estudos que envolvem a relação dos determinantes sociais com as iniquidades em saúde. Em geral, estes estudos tem se caracterizado pela importância dada ao uso da evidência científica na abordagem ao tema. Pellegrini-Filho (2011a) dá ênfase a esta ferramenta, principalmente no sentido de reforçar a sua capacidade em auxiliar na definição de políticas públicas intersetoriais. Este autor faz, em seu artigo, uma breve análise sobre as dificuldades na produção e utilização da evidência científica que fundamentem a ação sobre os DSS, como aquelas advindas do uso de estudos clínicos randomizados (considerados, segundo o autor, como as fontes mais confiáveis de evidência científica) para a avaliação de intervenções em comunidades. Este autor, neste mesmo artigo, também apresenta algumas recomendações para a superação das dificuldades apresentadas como, por exemplo, a criação de observatórios, instâncias responsáveis para fazer a interface entre as instituições que produzem as informações e aquelas responsáveis pelo processo de tomada de decisões.

Nesse sentido, o Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre DSS da Fundação Oswaldo Cruz mantém recentemente um observatório a fim de promover estudos sobre iniquidades em saúde e seus determinantes, espaço que integra o intercâmbio de conhecimento conformado pelo portal de determinantes sociais da saúde (www.dssbr.org) e pela Biblioteca Virtual em Saúde sobre DSS (www.bvsdss.icict.fiocruz.br) (AKERMAN et al, 2011; PELLEGRINI-FILHO, 2011b). O Observatório se caracteriza pela publicação e análise de especialistas sobre um conjunto de diversos indicadores (sociais, demográficos, econômicos e de saúde), que buscam identificar os determinantes da saúde e os efeitos de políticas de intervenção sobre eles, com ênfase nas implicações de seus resultados para as políticas de combate às iniquidades em saúde.

Nessa ênfase dada à necessidade da evidência científica nota-se uma priorização pela abordagem epidemiológica sobre os DSS (CENTRO BRASILEIRO DE

ESTUDOS DE SAÚDE, 2009; NOGUEIRA, 2010a). Por esta perspectiva, os determinantes sociais são abordados isoladamente, de acordo com o objetivo de cada estudo, segundo camadas/estratificações (características demográficas, condições socioeconômicas, culturais e ambientais; redes de apoio social, condições de vida e trabalho, estilo de vida) e correlacionados com eventos de morbimortalidade entre distintos grupos sociais.

Frente a esta constatação, Nogueira (2010a) afirma que o 'aparentemente novo campo' de estudos sobre os DSS acaba por reproduzir e fortalecer a perspectiva positivista que norteia a epidemiologia tradicional. Segundo este autor, o tema reaparece notavelmente desprovido de um peso teórico e político que assumira nas décadas de 70 e 80, quando então era analisado à luz da teoria marxista, com uma perspectiva crítica. Épocas estas que marcaram a profunda influência destes referenciais na própria constituição do Movimento Sanitário Brasileiro e em sua luta política tanto do ponto de vista mais restrito, setorial - pela garantia do direito à saúde, criação do conceito ampliado de saúde - quanto daquele mais abrangente que englobava a luta por uma reforma da própria sociedade brasileira.

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010, p.41) reiteram essa fragilidade analítica no que se refere aos contextos econômicos, sociais ou políticos ao afirmarem que "a impressão disseminada é que o amontoado de pesquisas empíricas vinculando as condições de saúde de grupos populacionais a determinantes sociais diversos não consegue atingir um significado mais ativo nos espaços de deliberação e decisão públicas". Estes autores defendem a idéia de que já existem demasiadas evidências para que seja feita a ação sobre os DSS e o que falta atualmente é, sobretudo, uma vontade política, no sentido de ir de encontro às raízes das desigualdades sociais.

Por outro lado, Pellegrini-Filho (2011a) afirma tratar-se de um movimento novo que alia a combinação de novas ferramentas, metodologias e abordagens capazes de imprimir uma nova característica à saúde pública. Nesse mesmo caminho, Akerman et al. (2011) declaram valorizar o esforço da OMS, especialmente no sentido de impulsionar a discussão político-científica sobre os determinantes sociais da saúde no âmbito internacional. No entanto, afirmam compartilhar da análise de que muito

do que foi dito precisa ser traduzido em experiências concretas e vivências no âmbito local.

Como podemos notar, longe de apresentar consensos, o campo de exploração da 'determinação social da saúde' apresenta-se permeado por conflitos epistemológicos e atravessado por contextos históricos e atores sociais diversos, traduzindo-se em concepções sujeitas a diferentes interesses (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

4.1 O DEBATE NA SOCIOLOGIA: DUAS PERSPECTIVAS CRÍTICAS SOBRE OS 'DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE'

A seguir, traremos duas perspectivas sociológicas de análise crítica ao campo dos determinantes sociais da saúde, da forma como ele predomina como paradigma científico. Ambas nos trazem distintos olhares teóricos, de forma a tornar possível a apropriação de elementos de análise, categorias e conceitos úteis para estabelecer a crítica que por ora propomos.

A primeira perspectiva a ser apresentada é a da sociologia crítica, que se ampara em autores que realizam uma leitura baseada em referenciais marxistas, particularmente sobre a 'questão social', além de trazerem uma releitura da noção de 'determinação social da saúde'.

A segunda perspectiva é a da sociologia contemporânea, que traz correntes teóricas no interior das ciências sociais atuais e que realiza a crítica ao campo, principalmente a partir de duas categorias de análise: a idéia do social que precisa ser 'reagregado' de Latour (2012) e a passagem de uma ciência do controle para uma ciência da compreensão defendida por Santos (2008).

Vale ressaltar que apresentamos essas perspectivas teóricas de forma não hierárquica, não excludente e não competitiva. O que queremos enfatizar é a possibilidade de dois olhares distintos, que se complementam.

4.1.1 A Perspectiva da Sociologia Crítica

Para uma discussão que sustente uma abordagem do 'social' para além de fatores e estratificações entendemos que a visão da sociologia crítica possa trazer elementos que auxiliem em uma compreensão mais problematizada e menos fragmentada; visto que a 'questão social' tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores clássicos e contemporâneos dentro do campo das ciências sociais.

Na tentativa de uma maior elucidação teórico-conceitual com este termo, Wanderley (2004) nos faz uma primeira aproximação com o tema a partir do que ele considera como o 'social parcial'. Uma visão do senso comum, ou seja, aquela que está presente em todas as classes sociais, tanto na sociedade civil, como nas ações de governo; visão esta que se apresenta sob três óticas.

A primeira ótica refere-se ao seu lugar subordinado ao econômico, ou seja, trazendo o social como efeito do econômico. Nesta perspectiva, se há crescimento econômico deve haver desenvolvimento social. Na verdade, o que esta visão mascara é que o desenvolvimento social está necessariamente ligado ao caráter redistributivo da riqueza e não apenas ao crescimento econômico, ou seja, não apenas importa o quanto se cresce, mas também, e principalmente, a quem esse crescimento beneficia. O Brasil é um exemplo paradigmático desta tensão, na medida em que se mostra como uma das maiores potências mundiais em termos de economia, apresentando níveis crescentes de superação da pobreza absoluta, ao mesmo tempo em que se encontra em um dos primeiros lugares no ranking dos países em desigualdade social (WANDERLEY, 2004).

Uma segunda ótica compreende o social na perspectiva do setorial, como sendo uma dimensão específica da sociedade no seu todo: economia, política, cultural e 'social'. Na realidade, ela se traduz na divisão e fragmentação dos 'setores sociais' na organização governamental de um determinado país: saúde, educação, habitação, transporte, dentre outros, vinculando-se à primeira visão na medida em que considera que se a economia crescer, todos esses setores serão contemplados pelos recursos públicos; desconsiderando a complexa relação existente entre todas essas dimensões (WANDERLEY, 2004).

Um exemplo que bem expressa essa questão são as propostas para o combate à pobreza na América Latina trazidas por três organismos internacionais: Comissão Econômica para a América Latina - CEPAL - , Banco Mundial e o Projeto Regional para a Superação da Pobreza do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (WANDERLEY, 2004). Segundo Wanderley (2004), apesar de apresentarem importantes divergências no que tange às metodologias empregadas, assim como na conceituação e quantificação da pobreza nesta região, todos apresentam a mesma postura enfática ao afirmarem o crescimento econômico como condição *sine qua non* para combatê-la.

A terceira ótica apresentada pelo autor se assenta sobre uma perspectiva mais restrita do social, na medida em que, para seus defensores, a pobreza e as desigualdades sociais, por serem consideradas históricas, devem ser tratadas pelos governos de forma marginal, a não atrapalhar o crescimento econômico, ou seja, através de políticas compensatórias. Em outros termos, convertem problemas estruturais em demandas conjunturais, sob o pretexto de que demandariam demasiado tempo, incompatível com as temporalidades governamentais, para serem superadas (WANDERLEY, 2004).

Não é preciso fazer muito esforço para constatar que, na verdade, essa é a visão do social predominantemente adotada pelos governos no Brasil, tanto em sua visão de sociedade, como nos projetos e planos de desenvolvimento que implementa, fazendo com que predominem políticas setoriais isoladas que abordem a questão social de forma fragmentada e descontextualizada da própria dinâmica social (WANDERLEY, 2004). Como veremos adiante, a propagação da onda neoliberal encontra sustentação nesta visão fragmentada do social.

Uma abordagem mais abrangente da questão social busca justamente superar esses reducionismos e fragmentações entre os planos econômico, político e social, de maneira a incorporá-los de forma orgânica e inseparável do social: o 'social universal' (WANDERLEY, 2004). Assim:

A questão social diz respeito aos vínculos históricos, que amalgamam cada sociedade, e às tensões e contradições que levam à sua ruptura. Nesse sentido, ela é parte constitutiva dos componentes básicos da organização social – Estado, Nação, cidadania, trabalho, etnia, gênero, entre outros –

considerados essenciais para a continuidade e mudança da sociedade (BÓGUZ; YAZBEK; BELFIORE-WANDERLEY, 2004, p.9).

Nesta perspectiva, Castel (2004), ao analisar a questão social - mais especificamente a partir da Europa Ocidental –, ressalta que esta definição do social universal pode ser perfeitamente ilustrada na primeira metade do século XIX, nos primórdios da industrialização, quando então a questão social é explicitada pela primeira vez. Para este autor, ela foi descrita por grande parte dos observadores da época do ponto de vista do pauperismo, de forma a caracterizar a ameaça à ordem social representada pelos proletários dos primeiros agrupamentos industriais, situados de forma marginal à sociedade industrial.

É neste contexto em que o Estado passa a adquirir centralidade e legitimidade no controle, regulação e mediação deste processo imposto pela industrialização: a “socialização da economia”. Trata-se de um termo usado por Santos (1998) ao referir-se ao longo percurso histórico de luta das classes trabalhadoras pelo reconhecimento dos direitos de cidadania, tais como a regulação do tempo e das condições do trabalho, a criação da seguridade social, dos movimentos grevistas, dos sindicatos. Ainda segundo este autor, a socialização da economia é fruto do “reconhecimento progressivo da luta de classes enquanto instrumento, não de superação, mas de transformação do capitalismo” (SANTOS, 1998, p.12).

Assim, a expansão da capacidade reguladora do Estado nas sociedades capitalistas faz com que, ao longo do século XX, a questão social passe a ser analisada no âmbito do desenvolvimento do Estado Providência no Ocidente, fundado de forma a responder aos conflitos sociais gerados pela Revolução Industrial, através de sistemas de garantias de proteção social (RIBEIRO, 2010).

Dessa forma, a questão social é vista fundamentalmente, durante quatro décadas no século XX, sob o modo de produção capitalista, a partir do que Castel (2004) vem a denominar de ‘sociedade salarial’, na qual as relações sociais se estabelecem a partir do trabalho, considerado como um “lócus social privilegiado de inserção e de sociabilidades de pessoas e grupos” (LUZ, 2010, p.131). Em outros termos, foi sob o modo de produção capitalista, que se instituiu e que vem se reproduzindo

historicamente, um conjunto de relações sociais, nos mais diversos planos: socioeconômico, jurídico, político e ideológico (CASTEL, 1995 apud LUZ, 2010).

Este regime de sociabilidade política, econômica e cultural das sociedades modernas é, na verdade, o resultado de um longo processo de negociação política entre diferentes atores sociais, que culminou na definição de um contrato social. Neste caso, definiram-se as obrigações sociais entre os atores envolvidos e coube ao Estado a regulação entre as várias dimensões das relações sociais, de forma a garantir o controle das tensões existentes entre interesses divergentes, em um campo social que se designou por sociedade civil (SANTOS, 1998).

No entanto, em um cenário atual marcado pela expansão do processo de globalização, pela mundialização da economia, pela propagação da onda neoliberal - frutos das novas exigências do capital mundial - todo aquele conjunto das relações sociais fundado na solidez e estabilidade da sociedade salarial voltam a complexificar ainda mais a questão social (CASTEL, 2004).

As atuais exigências do capital mundial se configuram através da fragmentação e dispersão da produção econômica, do acirramento da concorrência e da competitividade, da extrema rotatividade de mão de obra, das exigências cada vez maiores de qualificação para o trabalho (CHAUÍ, 2005; ARREAZA, 2012). Isto incide diretamente sobre a força de trabalho, na medida em que trata de minimizar os seus custos e aumentar a sua produtividade. Para responder a estas exigências, a condição estratégica que se coloca é a flexibilidade, tanto no nível interno à empresa que submete a força de trabalho às novas regras de adaptabilidade, quanto no nível externo, que se traduz nas mais variadas formas de contratação de serviços e de mão de obra, sem qualquer tipo de estabilidade e sob condições mais precárias (CASTEL, 2004).

Nesse contexto, a precarização do trabalho põe em xeque a estabilidade de sociedades que se mostram tipicamente marcadas pela condição de vulnerabilidade. Para Castel (2004), a precarização do trabalho se mostra como um dos maiores desafios atuais, inclusive, segundo o autor, mais grave que o desemprego. Vale ressaltar, todavia, que este autor possui a sociedade francesa como o seu foco de

análise e, quando refletimos sobre estas questões no cenário brasileiro, o que vamos encontrar é uma realidade diferenciada, na medida que, aqui, esta condição de vulnerabilidade se caracteriza pela sobreposição do desemprego, trabalho informal e da precarização do trabalho. Particularmente no contexto latino-americano, a desigualdade e injustiças sociais, traços marcantes dessas sociedades desde o colonialismo, são reatualizadas e aprofundadas pelas novas expressões da questão social (TELLES, 1996).

Atualmente, as manifestações da questão social se relacionam às profundas mudanças ocorridas nas relações entre o capital e o trabalho - de forma a suscitar o questionamento do trabalho como eixo integrador da sociedade - e na gestão do social pelo Estado, que se traduz pela desestabilização e desintegração dos sistemas de proteção social, “[...] primeiramente da ordem do trabalho, que repercute como uma espécie de choque em diferentes setores da vida social, para além do mundo do trabalho propriamente dito” (CASTEL, 2004, p.239-240).

De um lado, a crescente e assustadora massa de ‘sobrantes’ (CASTEL, 2004), daqueles que perderam - ou nunca alcançaram - o seu espaço de utilidade social, de relações de interdependência com o conjunto da sociedade; que transitam pelo mundo do desemprego, do subemprego, do trabalho informal, mundo esse que desconhece as prerrogativas das garantias sociais, do espaço de sociabilidade mantido pelo cotidiano do trabalho, assim como dos espaços de representação sindical. De outro lado, aqueles trabalhadores que ainda fazem parte do contrato social, que ainda se situam no mercado formal, mas que se mostram regidos por novas regras e padrões de organização do processo do trabalho, em que as flexibilizações, as desvalorizações e as novas regras de adaptação combinam-se à tradicional, mas agora modificada, ordem regulatória e autoritária das relações sociais (TELLES, 1996).

Breilh (2010, p.94) traz de forma clara como o sistema de desenvolvimento capitalista em sua fase atual se mostra como o eixo central da determinação social, na medida em que vem desenvolvendo em todo o mundo “[...] um conjunto de mecanismos e estratégias para acelerar a imposição de um modelo civilizatório que nega a vida”, já que agudiza as desigualdades sociais e os problemas ambientais,

assim como administra todas as necessidades para uma única finalidade: a de gerar capital.

E assim, em decorrência das exigências desta nova fase da acumulação flexível do capital, o que prepondera é a fragmentação das dimensões econômica, social e política, o que evidencia a predominância da visão restrita do social – o ‘social parcial’, como colocamos no início. O “social” passa, então, a ser projetado para uma esfera externa, que escapa à ação responsável, já que se mostra totalmente dependente das leis do mercado e de seus imperativos de crescimento (TELLES, 1996).

O aprofundamento das iniquidades sociais, o aumento da competitividade, a imposição da cultura da produtividade, a precarização das condições de trabalho, a perda de proteções sociais, acabam por repercutir na vida cotidiana das pessoas, nas relações sociais estabelecidas, assim como passam a gerar, cada dia mais, um grande sofrimento e mal estar coletivos, que repercutem, inevitavelmente, no processo saúde-doença das pessoas (LUZ, 2008; 2010; ARREAZA, 2012).

A questão social passa, então, a ser tratada e analisada do ponto de vista setorial, de forma que os esforços para combatê-la se concentrem em certos setores e instituições, como o setor saúde, o setor trabalho, previdência ou assistência social. Não se trata mais de problematizar de que forma a precarização do trabalho, o desemprego, as mais variadas manifestações da violência social, incidem sobre a vida cotidiana de cada indivíduo, assim como fazem parte do processo saúde-doença das pessoas; mas sim, de transferir para setores e instituições, como o setor saúde, as responsabilidades para dar conta de suas últimas consequências: a doença seja ela abordada de forma curativa, preventiva, ou ainda, em programas de ‘promoção da saúde’:

Consequentemente há, de nosso ponto de vista, um processo social em marcha que tende a concentrar em um conjunto de instituições específicas os “nós górdios” sociais, isto é, não solucionáveis, da presente formação social, ou pelo menos ainda não equacionados em termos sociais. (LUZ, 2011, p.25).

É neste contexto que, atualmente, se dá a grande parte da produção de conhecimento sobre o campo dos determinantes sociais da saúde, hegemonicamente organizado a partir do saber epidemiológico, pautado na combinação de diversos modelos teóricos explicativos baseados em análises estatísticas multivariadas que consideram o social como uma dimensão descontextualizada e externa ao indivíduo, e, portanto, ao processo saúde-doença (SILVA, 2010).

Esses estudos, na medida em que responderam prontamente às solicitações de geração de evidências da OMS, contribuíram para reforçar a persistência das abordagens gerencialistas da ONU; de grande utilidade na perpetuação da “tradição de racionalidade instrumental da modernidade liberal” (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009, p.377). Isto possibilitou uma verdadeira ‘feira de idéias’, que foi prontamente ‘acolhida’ pelo Banco Mundial e pelo “*establishment* econômico globalizado”, já que operam com a lógica do conservar-mudando, ou seja, admitem a necessidade de corrigir os efeitos indesejáveis da lógica de acumulação capitalista, sem, no entanto, transformá-la (GALAFASSI, 2005 apud TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009, p.377).

Nogueira (2010b) nos traz a crítica ao termo ‘determinantes sociais’, quando coloca que este termo, tal como vem sendo predominantemente usado pela abordagem epidemiológica, denota que os fenômenos de saúde devam estar sempre fundados na evidenciação de relações de causa-efeito. Neste sentido, o autor retorna aos fundamentos filosóficos sobre causa e determinação, pautados pelo pensamento de Heidegger, no sentido de nos mostrar como, ao longo da história, o termo ‘determinantes’ foi sendo tratado de forma causal:

Na etapa epistemológica da Filosofia ocidental, o conceito de determinante foi reduzido ao de fator causal empírico pelo neopositivismo e pela própria ciência contemporânea, mediante o uso de métodos estatísticos de probabilidade [...] Estes são os mesmos critérios que epidemiologia utiliza para avaliar os chamados determinantes sociais da saúde, a partir de estudos de campo (NOGUEIRA, 2010b, p. 140).

Nesta linha de análise crítica, Fleury-Teixeira e Bronzo (2010, p. 37) trazem para o debate o resgate do termo ‘determinação social’ a partir de uma releitura da obra de Marx de forma a possibilitar uma melhor compreensão da determinação social dos

indivíduos. Estes autores trazem esta leitura para o campo da saúde, defendendo a noção de que a determinação social da saúde seja entendida como apenas uma única dimensão da determinação social dos indivíduos.

Segundo os autores, a saúde, como uma dimensão da vida humana, também está intimamente relacionada tanto com as possibilidades dos indivíduos, no curso de suas existências, de terem acesso aos meios materiais e espirituais para desenvolverem e realizarem suas capacidades, quanto com a “teia de relações peculiares nas quais cada indivíduo se forma e realiza a sua existência” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p. 37), ‘teia’ essa que explicita a própria interatividade dos indivíduos e é ‘tecida’ de acordo com a inserção de cada indivíduo no ordenamento social.

Pode-se, portanto, considerar a determinação social desde o seu nível mais amplo, em que encontramos as relações econômicas e macrossociais que hoje são, certamente, definidas no plano mundial; esses macrodeterminantes se farão presentes na vida individual por meio de uma imensa série de mediações, caracterizando condições comuns de existência próprias dos diversos grupos sociais (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.38).

Apesar das individualidades serem conformadas por essa sequência de mediações de relações, desde os macrodeterminantes socioeconômicos, até as situações mais particulares, dos pequenos grupos, das relações interpessoais, os indivíduos se mostram ativos em suas escolhas e atos e, assim, não só reproduzem, mas também modificam as relações sociais, os grupos sociais e o próprio ordenamento social em que estão inseridos. “Dessa forma, para os próprios indivíduos, que são concentrações vivas e pontos de interação da rede social, a transformação da sociedade resulta em novas condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psicofisiológica; portanto, de sua saúde” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.38).

Para que a determinação social da saúde seja analisada sob a perspectiva da sociologia crítica, ela requer pensar no social, não como algo estático e passivo, mas como um fenômeno complexo, processual, em constante transformação, assim como devem ser levados em conta essa série de mediações que se estabelecem entre o nível macrossocial e microssocial, de forma a compreender cada

individualidade como um ser social, com suas histórias, experiências, meios e possibilidades próprias de vivenciar, historicamente, a sua existência, inclusive o seu processo saúde-doença.

4.1.2 A perspectiva da sociologia contemporânea

No campo científico, o modelo de racionalidade - que preside de forma hegemônica a ciência moderna - tem sido questionado e criticado por muitos autores. Inicialmente desenvolvido no âmbito das ciências naturais (a partir da revolução científica do século XVI), no qual tinha como principal característica a formulação de leis universais, estabeleceu um pressuposto teórico baseado na idéia de ordem e estabilidade do mundo; tendo mais tarde (a partir do século XIX) se estendido para o domínio das ciências sociais, como um modelo igualmente possível para se descobrir as leis da sociedade. Possui como principais paradigmas: a separação total entre natureza e o ser humano e a centralidade da matemática na caracterização de uma investigação científica, resultando, então, na prioridade dada à quantificação, assim como na divisão e classificação de elementos (SANTOS, 2008).

Particularmente em relação ao domínio das ciências sociais, alguns autores (SANTOS, 2008; QUIJANO, 1992, LATOUR, 2012) vêm em seus estudos estabelecendo críticas sustentadas no sentido de evidenciar a maneira pela qual este modelo de racionalidade, originário do campo das ciências naturais, também vem pautando de forma hegemônica os estudos sobre o social, assim como as consequências advindas desta forma de abordagem.

Segundo Santos (2008) este modelo foi introduzido no campo das ciências sociais a partir do pressuposto de que os fenômenos sociais deveriam ser estudados da mesma maneira que os naturais, fazendo com que eles fossem concebidos como coisas. Para isso, seria necessário reduzi-los à suas dimensões mais externas, capazes de serem mensuradas.

Latour (2012) afirmará, no mesmo caminho, que esta concepção conduz a uma chuva de fragmentos, alterando os modos de existência através de uma grande proliferação de objetos “de risco” que evidenciam que os laços sociais também se tornaram fragmentos nas mãos das organizações técnicas.

Já Quijano (1992) problematiza a grande influência desta racionalidade nos estudos sobre a sociedade, que fez com que os mesmos adotassem uma visão reducionista da totalidade social. Segundo este autor, isto aconteceu a partir de duas idéias: a primeira fragmentou a sociedade em partes de modo a entendê-la como uma resultante de relações funcionais estabelecidas entre cada uma dessas partes e vinculadas à ação de uma única lógica, ou seja, como uma totalidade fechada, algo ‘estabilizado’. Na outra, a sociedade como uma estrutura regida por relações hierárquicas, de forma análoga às regras de hierarquia entre os órgãos de um indivíduo: o cérebro, órgão nobre, regendo os demais, mas prescindindo dos outros órgãos para existir. É aquela imagem bastante difundida no interior das empresas, onde o cérebro é o empresário e os braços são os trabalhadores, polarizando ações de mando e obediência legitimadas na lógica dicotômica entre pensar- agir (QUIJANO, 1992).

Essa duas idéias, juntas, fizeram com que os estudos nelas baseados não apenas partissem do fim (sociedade), como também partissem este fim, de tal maneira a não somente desagregar o ‘social’ - remetendo a uma visão de sociedade fragmentada -, mas dotando-o de certa homogeneidade e racionalidade histórica; de modo a tornar o seu comportamento previsível ao longo do tempo, confundindo o que deviam explicar com a própria explicação (QUIJANO, 1992; LATOUR, 2012).

Os atuais estudos epidemiológicos no campo dos determinantes sociais da saúde são uma possível exemplificação da força como ainda prevalece esse pressuposto, na medida em que partem de recortes de fenômenos sociais no qual julgam passíveis de serem delimitados, isolados e quantificados; como por exemplo, quando elegem variáveis como os níveis de renda ou de escolaridade para investigarem o fenômeno da desigualdade social. Neste sentido, Latour (2012, p.21) afirma que “não importa quão difícil seja levar a cabo tais estudos, eles conseguem até certo ponto imitar o sucesso das ciências naturais quando se mostram tão

objetivos quanto as outras disciplinas graças ao emprego de ferramentas quantitativas”.

Essa idéia organicista da totalidade social é sustentada pelo paradigma hegemônico da racionalidade científica da modernidade: a relação sujeito-objeto. Nesta lógica, o rigor científico exige que o pesquisador, primeiro componente desta relação, seja um indivíduo isolado de si e do mundo ao seu redor. O objeto refere-se a uma categoria não apenas diferente do sujeito, mas também e, principalmente, externo a ele por sua natureza (QUIJANO, 1992).

Este paradigma está sendo posto em questão na atualidade, principalmente por duas constatações: a primeira mostra o quanto o caráter individualista atribuído a este sujeito, ao negar a ausência do “outro”, acaba por desvirtuar o problema já que nega a intersubjetividade e a totalidade social como sedes da construção de todo conhecimento (1992). Segundo Quijano (1992, p. 442) esta constatação:

[...] é hoje inadmissível no campo atual do conhecimento. A subjetividade individual diferenciada é real, mas não existe só diante de si e por si. Existe como parte diferenciada, mas não separada, de uma intersubjetividade. Todo discurso, toda reflexão individual remete a uma estrutura de intersubjetividade. Esta é constituída nela e perante ela. O conhecimento, nesta perspectiva, é uma relação intersubjetiva a propósito de algo e não uma relação entre uma subjetividade isolada, constituída em si e diante de si e esse algo.

A segunda se assenta no falseamento da suposta incomunicabilidade que se busca obter na relação estabelecida entre sujeito-objeto, quando se somam esforços a fim de interiorizar e individualizar o sujeito e, ao mesmo tempo, exteriorizar o objeto. Segundo Santos (2008), os limites deste tipo de conhecimento se encontram justamente em sua natureza quantitativa em que se busca, cada vez mais, uma maior precisão dos dados, precisão esta que se mostra limitada justamente pela extrema e progressiva “parcelização do objeto”, que distorce o conhecimento do todo ao fragmentá-lo em tantas partes quanto sejam possíveis.

As palavras “social” e “natureza” costumavam ocultar dois projetos inteiramente distintos [...]: traçar conexões entre entidades improváveis e torná-las duradouras num todo até certo ponto consistente. O equívoco não está em tentar fazer duas coisas ao mesmo tempo – toda ciência é também

um projeto político -, mas em sustar a primeira por causa da urgência da segunda (Latour, 2012, p.368).

É neste sentido que Latour (2012) desenvolve a sua crítica aos estudos da modernidade sobre o 'social'. Segundo ele, a racionalidade científica da modernidade julgou necessário distinguir e separar o domínio da sociologia de outros domínios, tais como a economia, o direito, a psicologia, a biologia, a geografia, dentre outros. Desta forma, a sociologia definiria e especificaria um domínio social da realidade como algo particular e diferencial dos demais. Nesta perspectiva racional, à sociologia caberia estudar o 'social' como um objeto específico e diferenciado dos demais saberes, de forma que pudesse fornecer um certo tipo de explicação para as demais disciplinas daquilo a que elas julgassem não ser de sua competência.

No processo de sua constituição e delimitação de seu campo específico de investigação, as ciências sociais, no esforço por garantir a sua identidade científica, relegou o domínio da 'natureza' para as ciências naturais, ocupando-se apenas das questões sociais, mais especialmente aquelas relacionadas ao momento histórico em que se deu a sua constituição, o século XIX (IANNI, 2011). A formação dos Estados Nacionais, a emergência das classes sociais, o desenvolvimento do processo de trabalho industrial, o processo de urbanização foram as questões mais investigadas no domínio de constituição destas ciências. A preocupação com o 'natural' não entrou em sua pauta de análise. Ao contrário, os fenômenos sociais foram explicados recorrendo-se exclusivamente à sociedade, partindo da premissa de que as suas causas seriam buscadas principalmente nas relações e fenômenos sociais. Ocorreu, assim, uma presumida clivagem entre o 'biológico' e o 'social' nestas ciências, que se assentou na negação da natureza, por um lado, e na afirmação da sociedade, por outro (IANNI, 2011).

Assim, o "contexto" do social como um domínio específico da realidade poderia ser usado como um tipo de causalidade de forma a explicar aqueles aspectos 'residuais' que as outras disciplinas não pudessem dar conta: "o social esclarecendo o social". Exemplificando, o direito, embora dotado de uma capacidade própria, seria mais compreensível se a ele fosse acrescentado uma 'dimensão social', assim como a

psicologia, que recorreria a certos aspectos da influência social para explicar as motivações internas do indivíduo (LATOURE, 2012, p.20).

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

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

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

Outro exemplo mais evidente é o das chamadas 'causas externas', nomeação dada na área da saúde para denominar os acidentes e as mais variadas formas de violência. O próprio termo já revela, por si só, como esses complexos fenômenos sociais se reduzem e aglutinam-se em uma mera categoria externa e descontextualizada ao setor saúde, na medida em que não se trata de problematizá-los como fenômenos intrínsecos à dinâmica da vida coletiva, expressão do modo de organização e reprodução da sociedade (no qual a saúde é parte constitutiva), mas

tão somente de reduzi-los a 'fatores sociais' capazes de explicar o crescente aumento de mortes, mutilações e incapacidades dele decorrentes. E assim, o 'setor saúde', além de mostrar-se como aquele em que o fenômeno é canalizado em suas manifestações mais 'finais', coloca-se à margem de uma discussão política (e também teórica) problematizadora, já que as 'causas' da violência são 'sociais' e, portanto, situam-se em um plano 'externo' ao alcance deste setor.

Além disso, essas duas exemplificações, bastante cotidianas para aqueles que trabalham no 'setor saúde', evidenciam o conflito, a polaridade que se estabelece entre o 'ser biológico' e o 'ser social', como se fossem seres distintos. É nessa lógica que um indivíduo portador de certas doenças específicas, além de ser 'dissecado' pelas diversas especialidades médicas, é desconsiderado como aquele mesmo indivíduo que sofre violência familiar, que vive em condições precárias de vida e de trabalho, que sofre. E assim, o ser, em toda a sua complexidade de existência, é 'fatiado' em distintas dimensões: 'ser biológico' – a ser 'investigado' por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, dentre outros profissionais de saúde; 'ser social' para os assistentes sociais; 'ser psicológico' para os psicólogos.

A crescente inclusão da assistência social aos serviços de saúde revela as insuficiências, tanto do setor como um todo quanto das próprias equipes de saúde, em particular, para 'lidar com o social', já que é algo que sempre que 'diagnosticado' deve ser encaminhado para outra instância, pois 'foge do alcance das equipes de saúde'. E aí, já que o setor saúde não consegue 'dar conta do social', começa-se, então, a correr atrás de outros setores para ajudá-lo nesta 'tarefa'; em outros termos, trata-se de unir o que foi disperso, de reagrupar o que foi desagregado, de socializar o que foi individualizado: a tão aclamada intersectorialidade, recomendada pela grande maioria dos documentos técnicos e políticos do campo dos determinantes sociais da saúde.

Mas este modelo de racionalidade setorializada - posto em questão na atualidade - não apenas fragmentou e externalizou o social, como também e, principalmente enfatizou a idéia de que o social determinaria o individual, de forma que, para entender cada indivíduo fazia-se necessário – condição *sine qua non* - entender a lógica social externa a ele, sempre considerada mais 'poderosa' do que a vontade

individual; em outros termos, trouxe o individual como mera reprodutibilidade das estruturas coletivas.

No campo dos determinantes sociais da saúde esta lógica pode ser encontrada através do pressuposto de que a saúde do indivíduo é determinada pelo contexto social em que se insere, trazendo portanto um certo 'aprisionamento' do indivíduo frente às possibilidades próprias, singulares, de produzir e transformar o seu processo saúde-doença.

Na contemporaneidade, um dos desafios postos para o avanço do campo científico está ligado, portanto, às bases históricas sobre as quais se constituiu o pensamento das ciências sociais 'clássicas', já que a emergência de profundas mudanças sociais vem forçando a teoria social contemporânea a se ocupar pelos fenômenos e contextos sociais de sua atualidade (IANNI, 2011). "Emergem conceitos como reflexivo, risco, líquido, mundialização, global, cosmopolítico etc. Agora os problemas já não são mais da afirmação de objetos disciplinares da natureza ou da cultura, do biológico e do social (e nem poderiam sê-lo)" (IANNI, 2011, p.35).

Os atuais problemas ambientais - tais como as mudanças climáticas ocorridas em decorrência do aquecimento global, as catástrofes naturais, a diminuição dos recursos hídricos, a diminuição e extinção de espécies, o aumento da produção de lixo, as contaminações de produtos agrícolas por agrotóxicos - acabam por desvendar a aparente e equivocada divisão entre o natural e o social, uma vez que, na perspectiva de Ianni (2011, p.35) estes fenômenos nada mais são do que "natureza produzida socialmente, pelas mãos humanas".

Outras mudanças que podem ser incluídas nesta discussão referem-se àquelas decorrentes do desenvolvimento das intervenções tecnológicas sobre a vida através das biotecnologias, tais como práticas de reprodução assistida, transplantes e implantes de órgãos e tecidos, produção de fármacos, amplo desenvolvimento de transgênicos, produtos biodegradáveis, entre outros. Estas mudanças forçam pesquisadores a pensar em uma nova forma de produção social: "Assim como a cultura é natural, a natureza torna-se finalmente artificial; o 'social', como categoria típica do século XIX evapora" (IANNI, 2011, p.35).

Frente a esta crise do paradigma moderno da racionalidade científica que fragmenta e dispersa o social, alguns autores (LATOUR, 2012; SANTOS, 2008; QUIJANO, 1992) vem apostando no crescimento de um novo paradigma. Este paradigma emergente se sustenta na condução de uma ciência pós-moderna que supere a idéia de um mundo controlado e manipulado para um mundo que deva ser compreendido e contemplado; um paradigma que afirme a necessidade que os pressupostos metafísicos, culturais, os sistemas de crenças sejam parte integrante da explicação científica da natureza e da sociedade; um paradigma que supere a dicotomia entre sujeito-objeto, observador-observado, natural-social, mente-matéria, coletivo-individual (SANTOS, 2008).

Latour (2012) sustenta sua defesa em uma nova abordagem ao social, que o compreenda como ponto de chegada, de convergência e não como ponto de partida. Abordagem esta que seja capaz de afirmar que não há nada de específico na ordem social, que o social não deve ser compreendido como uma coisa particular ou como uma realidade específica. Ela trata de reagrupar, de redefinir e de restabelecer conexões e associações fornecidas por domínios específicos e heterogêneos da realidade social de modo a entender os fenômenos a partir das relações sociais estabelecidas. Enfim, uma ciência que possa estudar os fenômenos naturais a partir dos sociais (SANTOS, 2008).

Isso requer incorporar, para além de métodos capazes de quantificar a realidade, aqueles métodos que possam se debruçar na compreensão da realidade subjetiva do 'outro', da vida em coletividade. Pressupõe, desta forma, partir do aprofundamento da compreensão do senso comum – a que a ciência moderna tanto repudia – já que ele “reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma fiável e securizante” (SANTOS, 2008, p. 70).

Nesta abordagem, o social deixaria de ser usado como um objeto específico e externo ao campo da saúde de tal forma que o termo 'determinantes sociais da saúde' vire uma redundância; o que significaria repensar e recompor saberes e práticas para além do caráter biomédico, setorial e especializado. Retirar de vez a noção de saúde como um 'dado'; desconstruir para reconstruir saberes, valores e

práticas; incorporar definitivamente os conhecimentos advindos das ciências humanas e sociais, da antropologia, da história, dentre outros, no intuito de se chegar a uma compreensão mais próxima do que seja o social, mais próxima, mas nunca 'exata', porque o social não é dado, mas é vivido, é dinâmico, é construído e transformado por cada um e por todos ao mesmo tempo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo partiu da interpretação da noção de “determinação social” através do positivismo nas ciências sociais. Baseado no pressuposto das obras de Durkheim (1999, 2007), entendemos que essa noção de “determinação social” pode ser apreendida quando o autor demonstra que é ‘social’ todo ‘fato’ que é geral, ou seja, que se aplica a todos ou à maioria dos indivíduos e que se apresenta ‘por natureza’ como algo externo a eles. A delimitação do caráter exterior do social coloca-o passível de ser isolado e classificado como campo de estudo específico da sociologia.

Nessa interpretação, o social não apenas se apresenta como um fato exterior e dotado de generalidade, como também se estabelece uma preeminência desse em relação ao individual: a partir da ação de uma força externa (a ‘força social’) sobre as ações dos indivíduos, independente de suas vontades ou de suas adesões. Essa ‘coerção moral ou social’ - pressão exercida por um ou por vários grupos sobre a ação dos indivíduos que os integram e que leva esses indivíduos a se conformarem com as regras (morais, jurídicas, por exemplo) da sociedade do qual eles vivem - tende a mostrar que a vida é inteiramente determinada, em última instância, por estruturas ou condições sociais dominantes. Portanto, a noção de “determinação social”, em Durkheim (1999, 2007), segue a perspectiva de que as ações humanas são determinadas (no sentido de ordenadas/motivadas) pela vida coletiva.

Após interpretarmos a noção de “determinação social”, pesquisamos a noção de “determinação social da saúde”. Partimos da crítica latino-americana à forma de abordagem naturalizada e a-histórica do processo saúde-doença - abordagem essa proveniente da corrente positivista presente no modelo ecológico da história natural da doença.

Procuramos mostrar que tal crítica, que se iniciou nos próprios departamentos de Medicina Preventiva nas décadas de 70 e 80, emergiu a partir da corrente médico-social latino-americana. Dentro dessa corrente, as produções brasileiras tiveram um lugar de destaque dentre os países da América do Sul e Central.

A crítica destacou a necessidade de mudança de perspectiva na abordagem do processo de adoecimento, trazendo a possibilidade de abordar a problemática a partir de um ângulo diferente. Essa abordagem compreendia a produção das doenças em um plano coletivo e a construção de uma idéia científica dos processos que operam como determinantes das mesmas, através da ampliação da explicação do princípio da causalidade.

Essa reformulação da natureza da doença, que passou a ser vista como um processo da coletividade – no qual o que interessava era o estudo do modo como o processo biológico ocorria socialmente - trouxe como consequência a mudança do léxico: de ‘fator’ para ‘processo’. Tal visão da saúde-doença traduziu-se não somente na reinterpretação das causas das doenças - de entidades estáticas, passíveis de abstração formal, ao entendimento de seu caráter dinâmico, como parte integrante do movimento global da vida social -, mas também trouxe a concatenação de idéias que conotavam a formação de um novo campo de conhecimento: o campo da Saúde Coletiva.

A passagem da interpretação da ‘causação’ para a ‘determinação’ do processo saúde-doença recolocou a problemática da relação entre o processo social e o processo biológico. Tal problemática converteu-se em um dos principais ‘nós’ da epidemiologia moderna e que, ainda nos dias de hoje, abre-se para amplos debates, uma vez que se trata de um ‘constructu’ no qual o biológico e o social aparecem com fronteiras cada vez mais difusas.

Anos mais tarde, a discussão sobre a determinação social da saúde é capturada pelos organismos internacionais, através da OMS. Essa ‘captura’ ocorre em uma conjuntura político-econômica específica, de caráter pós-neoliberal e de progressiva formação de mercados integrados, no qual os interesses de expansão do capital se situam nas entrelinhas dos objetivos de promoção à justiça social.

É nesse cenário político-econômico que ocorre a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, em 2005, pela referida instituição, de forma a retomar a discussão do social na análise e compreensão do processo saúde-doença, assim como para oficializar, dentro do discurso político mundial, o alerta

para a necessidade de intervir nos mesmos para a superação das iniquidades em saúde por eles geradas. A temática entra na agenda política mundial sobre a chancela de “determinantes sociais da saúde”.

Essa retomada agitou de forma intensa o âmbito da produção de conhecimento científico sobre os determinantes sociais da saúde, com uma crescente priorização e ênfase na produção de estudos, em distintas abordagens, com o intuito de compreender e/ou explicar, a partir de distintas perspectivas teórico-metodológicas, as relações estabelecidas entre o social e a saúde.

Nesse sentido, entendemos configurar-se o “campo dos determinantes sociais da saúde”, já que encontra longe de ser homogêneo, na medida em que revela os próprios conflitos de interesses entre seus agentes, em uma constante correlação de forças, na busca pela legitimidade. Segundo Bourdieu (2004, p. 22), “[...] a heteronomia de um campo manifesta-se, essencialmente, pelo fato de que os problemas exteriores, em especial os problemas políticos, aí se exprimem diretamente”.

O estudo apontou que, nesse campo, o enfoque predominante na abordagem à determinação social da saúde, ao reduzir e fragmentar o dinâmico e complexo fenômeno social a ‘fatores sociais’, acaba por reproduzir a noção de saúde como um objeto externo ao sujeito e a dicotomizar, ainda mais, o individual e o social.

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

Ao trazer as contribuições da sociologia crítica, o estudo possibilitou a reflexão sobre o campo de produção de conhecimento e de práticas em saúde, de modo a problematizar e ampliar o debate sobre o social a partir da ‘questão social’ e também a discussão sobre a determinação social da saúde, para além de indicadores, fatores e causalidades. Dessa forma, alertamos para os reducionismos cada vez mais presentes nesta forma de abordagem social - que limita a complexidade da

vida em sociedade ao poder sobre a vida de forma normatizadora e medicalizante do modelo biomédico. Apresenta-se fragmentado como produção científica e reforça mecanismos de controle, mercantilização e banalização da vida. Ou seja, uma ciência que fragmenta sua abordagem para melhor se tornar ferramenta de captura.

Em uma perspectiva distinta, porém não excludente, a sociologia contemporânea trouxe argumentos para repensarmos o que entendemos atualmente como 'social'. Dos caminhos apontados por Santos (2008), destacamos aquele que nos alerta para a modernização da ciência, uma suposta revolução científica que ocorre em nosso tempo, no nosso atual tempo histórico. Santos (1988) observa que esta ciência não pode ser somente a produção de um paradigma científico - o paradigma de um conhecimento prudente -, tem de ser também um paradigma social - o paradigma de uma vida decente.

Por outro lado, o pensamento de Latour (2012) também trouxe argumentos para repensarmos o que entendemos atualmente como 'social'. Para além de um domínio específico e limitado da realidade, como algo sempre externo ao sujeito e à sua própria saúde, ela convoca a todos, especialistas de diferentes áreas disciplinares, a rediscuti-lo como uma realidade complexa e imanente a todos estes domínios e que, por isso, necessita da contribuição de cada saber para compreendê-lo num movimento convergente, de chegada, e não de partida.

Reconhecemos que o social não é algo externo ao sujeito, à sua saúde e muito menos à Saúde Coletiva, e que a esta urge resgatar a base social que deu sustentação à sua própria constituição como um campo de saberes, práticas e valores historicamente construídos, coletivamente transformado, comprometido com a valorização da vida e com um mundo mais justo, menos desigual e, portanto, mais feliz.

6. REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; MAYMONE, C.C.; GONÇALVES C.B.; CHIORO, A.; BUSS, P.M. As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. In: GALVÃO, L.A.C, FINKELMAN, J., HENAO, S. **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.865-884, 2004.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: In: NOGUEIRA, R.P.(org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, p.13-36, 2010.

ARANHA, M.L.de A.; MARTINS, M. H. P.. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2ª ed. São Paulo: Moderna, 1993.

ARANHA, M.L.deA.; MARTINS, M. H. P.. **Filosofando: introdução à filosofia**. 3ª ed. São Paulo: Moderna, 2003.

ARAUJO, R.C. de. O Caráter Matemático Da Ciência Moderna Na Visão De Martin Heidegger. **Humanitas**, v. 25, n.1/2, p. 87 a 99, 2009.

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

ARISTÓTELES. **Metafísica**. Tradução Edson Bini. Bauru: Edipro, 2006, 363p.

AROUCA, A.S.S. **O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ARREAZA, A.L.V. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.4, p. 1001-1013, 2012.

ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE MEDICINA SOCIAL; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **O Debate e a Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, outubro de 2011. Disponível em: [http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Tradu%C3%A7ao Port Cebes com logo.doc.pdf](http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Tradu%C3%A7ao_Port_Cebes_com_logo.doc.pdf). Acesso em 02/02/2014

BARATA, R.B.; ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia Social. In: ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p.375-385.

BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C.; BELFIORE-WANDERLEY, M. Apresentação. In: BELFIORE-WANDERLEY, M; BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C. (orgs.) **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2 ed., 2004, p.7-14.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. Tradução Denice Barbara Catani. São Paulo, Ed. UNESP, 2004, 86p.

BRASIL. Decreto de 13 março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. **Presidência da República**- Casa Civil, Brasília, 2006. Disponível em: < <http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>> Acesso em 26 set. 2011.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. Tradução: José da Rocha Cavalheiro. 2. ed., São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. Tradução: Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Editora UNESP: HUCITEC, 1991.

_____. 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, R.P.(org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p.87-125.

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

CASTEL, R. As transformações da questão social. Tradução Mariangela Belfiore-Wanderley. In: BELFIORE-WANDERLEY, M; BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C. (orgs.) **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2 ed., 2004, p.235-264.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Editorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p. 341-342, 2009.

CHAUÍ, M. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. In: TEIXEIRA, A.C.C, (Org.) **Os sentidos da democracia e da participação**. São Paulo: Instituto Pólis, 2005, p.23-30.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 13ª ed . São Paulo: Ed. Ática, 2008.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 3ª ed . São Paulo: Ed. Ática, 1995.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Tradução João Conceição e Silva. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, e ed., 1979.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. Tradução: Eduardo Brandão. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. Tradução: Paulo Neves. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R. do; EDLER, F.C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 59-81.

FACCHINI, L.A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (org.). **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994, p.33-55.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R.P.(org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p 37-58.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: _____ **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France**. Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p.285-315.

GARCIA, J.C. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. Tradução: Everardo Duarte Nunes. In: NUNES, E.D. (org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global Ed., 1983, p. 95-132.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HENRY, J. **A Revolução Científica e as origens da ciência moderna**. Tradução: Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

IANNI, A.M.Z. Entre o biológico e o social. Um estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia, 1990-2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.1, p.24-42, 2008.

_____. Questões Contemporâneas sobre Natureza e Cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a Sociologia no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.1, p.32-40, 2011.

LATOURE, B. Como retomar a tarefa de descobrir associações. In: LATOUR, B.: **Reagregando o social. Uma introdução à Teoria do Ator-Rede**. Tradução: Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador: EDUFBA; Bauru, São Paulo: EDUSC, 2012, p.17-38.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global Ed., 1982, p. 133-158.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. Tradução: Maria Cecília Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaum, Uraci Simões Ramos. Editora McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LÖWY, M. **Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista**. 17ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e o positivismo na sociologia do conhecimento**. Tradução Juarez Guimarães e Suzanne Felicie Léwy. 9 edição. São Paulo: Cortez, 2009.

LUZ, M.T. Notas sobre a política de produtividade em pesquisa no Brasil: Consequências para a vida acadêmica, a ética no trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Política & Sociedade**, n.13, p.208-225, 2008.

_____. Ordem social do trabalho. In: NOGUEIRA, R.P.(org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, p.126-134, 2010.

_____. Especificidade da Contribuição dos Saberes e Práticas das Ciências Sociais e Humanas para a Saúde. **Saúde Soc.**. São Paulo, v.20, n.1, p.22-31, 2011.

MARCONI, M. De A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica**. São Paulo: Atlas, 6 ed., 2011.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.377-389, 2001.

MELO-FILHO, D.A. de. **Epidemiologia social: compreensão e crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

NEWTON, I. **Princípios matemáticos da filosofia natural**. Tradução Carlos Lopes e Pablo Rubén Mariconda. São Paulo: Nova Cultural. Coleção Os pensadores, 1987.

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

_____. Apresentação. In: NOGUEIRA, R.P.(org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, p.7-12, 2010a.

_____. A determinação objetal da doença. In: NOGUEIRA, R.P.(org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, p.135-150, 2010b

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, Brasil, 21 de outubro de 2011.

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

PELLEGRINI FILHO, A. Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.2080-2081, nov, 2011 b.

PELLEGRINI FILHO, A.; VETTORE, M.V. Estudos brasileiros sobre determinantes sociais das iniquidades em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, sup. 2, p.132-133, 2011.

PORTO; C.M.; PORTO; M.B.D.S.M. A evolução do pensamento cosmológico e o nascimento da ciência moderna. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, v.30, n.4, p. 4601-4601-9, 2008.

PUTTINI, R.F.; PEREIRA-JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L.R. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem psicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.753-767, 2010.

QUIJANO, A. Colonialidade e Modernidade-Racionalidade. Tradução Wanderson Flor do Nascimento In: BONILLO, H. (comp.). **Los conquistados**. Bogotá: Tercer Mundo Ediciones; FLACSO, 1992, pp. 437-449.

QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M.L. de O.; OLIVEIRA, M.G. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim, Weber**. 2 ed. Belo Horizonte: editora UFMG, 2003.

QUINTANEIRO, T. Émile Durkheim. In: QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M.L. de O.; OLIVEIRA, M.G. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim, Weber**. 2 ed. Belo Horizonte: editora UFMG, 2003, P.60-96.

REALE, G. **Metafísica: ensaio introdutório, texto grego com tradução e comentário de Giovanni Reale**. Tradução Marcelo Perine. São Paulo: Loyola, 2005.

REALE, G.; ANTISERI, D. **História da filosofia, 5: do romantismo ao empiriocriticismo**. Tradução Ivo Storniolo. São Paulo: Paulus, 2005.

RIBEIRO, P.T. A questão social na história recente: implicações para a política de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 19-31, 2010.

RIBEIRO JUNIOR, J. **O que é positivismo**. 10 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaio sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980, 401p.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Reinventar a Democracia**. Cadernos Democráticos. Lisboa: Gradiva, 1998.

SILVA, L.M.V. Saúde e espaço social. In: NOGUEIRA, R.P.(org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p.180-200.

SILVEIRA, F.L. da. Determinismo, previsibilidade e caos. **Cad.Cat.Ens.Fís.**, v.10, n.2: p.137-147, ago.1993.

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

TAMBELLINI-AROUCA, A. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. (org.). **Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4 ed., 1984a, p.147-154.

_____. O Trabalho e a Doença. In: GUIMARÃES, R. (org.). **Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4 ed., 1984b, p.93-119.

TELLES, V.S. Questão social: afinal do que se trata? **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v.10, n.4, 1996.

UNITED NATIONS. The future we want. **Documento Final da Conferência Rio +20**. Rio de Janeiro, 20-22 jun, 2012. Disponível em: < <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/476/10/PDF/N1147610.pdf?OpenElement> > Acesso em 29 set 2012.

VILLAR, E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.3, p.7-13, 2007.

WANDERLEY, L.E.W. Enigmas do Social. In: BELFIORE-WANDERLEY, M; BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C. (orgs.) **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2 ed., 2004, p.163-234.