

A morte interessada: um diálogo sobre o “social” e suas relações com a saúde

Interested death: a dialogue about the "social" and its relationship with health

La muerte interesada: un diálogo sobre lo “social” y sus relaciones con la salud

Recebido: 11/08/2022 | Revisado: 22/08/2022 | Aceito: 23/08/2022 | Publicado: 31/08/2022

Diogo Neves Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1181-9279>

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

E-mail: diogo.pereira@ufvjm.edu.br

Resumo

O objetivo do trabalho é analisar a noção de “social” e explicitar como ela se relaciona com as problemáticas próprias ao campo da Saúde Coletiva. Considerando a multiplicidade inerente às construções de tal noção, o estudo se guia sobretudo pelas perspectivas próprias aos profissionais atuantes na área da saúde. Do ponto de vista metodológico, a argumentação se constrói a partir da junção entre reflexões teóricas sociológicas e fatos contemporâneos, orientando-se por certo panorama dado pelo tema da morte. Seus resultados se organizam em quatro eixos. Inicialmente é sintetizado o ponto de vista apresentado por Émile Durkheim na obra *O Suicídio*. Depois é debatida a compreensão costumeira de que a humanidade seria composta por variados “estratos”: biológico, psicológico, social e cultural. Na sequência são analisados fundamentos da noção de “determinantes sociais da saúde”. Em seguida são apontados processos vinculados à pandemia de Covid-19. Conclui-se buscando derivar uma alegoria capaz de evidenciar o que seria o “social” e suas relações com a saúde.

Palavras-chave: Teoria social; Determinantes sociais da saúde; Covid-19; Morte.

Abstract

The objective of this work is to analyze the notion of “social” and explain how it relates to the problems inherent to the field of Public Health. Considering the multiplicity inherent to the constructions of such a notion, the study is guided above all by the perspectives of professionals working in the health area. From the methodological point of view, the argument is built from the junction between sociological theoretical reflections and contemporary facts, guided by a certain panorama given by the theme of death. Its results are organized in four axes. Initially, the point of view presented by Émile Durkheim in the work *Suicídio* is summarized. Then, the customary understanding that humanity would be composed of different “strata”: biological, psychological, social and cultural is discussed. In the sequence, fundamentals of the notion of “social determinants of health” are analyzed. Next, processes linked to the Covid-19 pandemic are pointed out. It concludes by seeking to derive an allegory capable of showing what the “social” would be and its relations with health.

Keywords: Social theory; Social determinants of health; Covid-19; Death.

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar la noción de “social” y explicar cómo se relaciona con los problemas inherentes al campo de la Salud Pública. Considerando la multiplicidad inherente a las construcciones de tal noción, el estudio se guía sobre todo por las perspectivas de los profesionales que actúan en el área de la salud. Desde el punto de vista metodológico, la argumentación se construye a partir del cruce entre las reflexiones teóricas sociológicas y los hechos contemporáneos, guiada por un panorama determinado dado por el tema de la muerte. Sus resultados se organizan en cuatro ejes. Inicialmente, se resume el punto de vista presentado por Émile Durkheim en la obra *Suicídio*. Luego, se discute la comprensión consuetudinaria de que la humanidad estaría compuesta por diferentes “estratos”: biológico, psicológico, social y cultural. En la secuencia, se analizan los fundamentos de la noción de “determinantes sociales de la salud”. A continuación, se señalan procesos vinculados a la pandemia del Covid-19. Concluye buscando derivar una alegoría capaz de mostrar lo que sería lo “social” y sus relaciones con la salud.

Palabras clave: Teoría social; Los determinantes sociales de la salud; Covid-19; Muerte.

1. Introdução

Enquanto parte das ações desenvolvidas pelo Núcleo de Pesquisa, Estudos e Extensão em Saúde Coletiva (NUPEESC), da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), o presente trabalho discute a noção de “social” e suas relações com o universo da saúde. Especificamente, tem como objetivo apresentar o “social” sobretudo para

profissionais atuantes na área da saúde e, além disso, explicitar como tal “social” se relaciona com as problemáticas próprias ao campo da Saúde Coletiva. A argumentação se constrói a partir da junção entre reflexões teóricas sociológicas e fatos contemporâneos, orientando-se por certo panorama dado pelo tema da morte.

Conforme será discutido ao longo do trabalho, as noções de “social” e de “sociedade” têm sido alvo de elaborações conceituais sobretudo por parte de teóricos vinculados ao campo das Ciências Sociais. Não obstante, elas são inevitavelmente empregadas por distintas áreas de conhecimento, que as utilizam direta ou indiretamente tendo em vista necessidades específicas. Considerando as particularidades epistemológicas de cada área de conhecimento, seria então possível imaginar modos específicos de compreensão e/ou apropriação da noção de “social”. Tendo em vista um uso efetivo desta noção por profissionais de diferentes campos, deriva daí a presunção de que sua apresentação poderia ser ajustada às bases epistemológicas e às ordens de preocupações e vivências de tais profissionais. O presente trabalho toma como desafio empreender tal ajuste frente às características próprias aos profissionais de saúde.

A discussão resultante deste esforço será apresentada pelo texto em quatro partes, que se articulam a partir do problema estudado. Inicialmente é sintetizado o ponto de vista apresentado por Émile Durkheim (2003) na obra *O Suicídio*. Depois é debatida a compreensão costumeira de que a humanidade seria composta por variados “estratos”: biológico, psicológico, social e cultural. Na sequência são analisados fundamentos da noção de “determinantes sociais da saúde”. Em seguida são apontados processos vinculados à pandemia de Covid-19.

Conclui-se buscando derivar uma alegoria capaz de evidenciar o que seria o “social” e suas relações com a saúde. A análise de dados contemporâneos demonstra que processos sociais associados à morte não operam de modo aleatório – ao contrário, são sistematicamente ordenados. Tal evidência é percebida de maneira intensa pelos profissionais de saúde. Sendo assim, a morte explicitaria a impossibilidade de separação entre saúde e sociedade, forjando uma compreensão da noção de “social” enquanto ordem da diferença.

2. Metodologia

De acordo com Gil (2010, p. 26), pesquisas científicas podem ser classificadas tendo em vista as áreas de conhecimento desde as quais foram produzidas, suas finalidades, seus níveis de explicação e os métodos adotados em suas realizações. Quanto à área de conhecimento, o presente estudo localiza-se na interface entre as grandes áreas Ciências da Saúde e Ciências Humanas, podendo ser mais oportunamente alocado na área da Saúde Coletiva. Vale-se de autores e perspectivas teóricas consagrados nas Ciências Sociais, ao mesmo tempo em que analisa dados contemporâneos que entrecruzam fenômenos sanitários, demográficos e sociais. Quanto à sua finalidade, trata-se de uma pesquisa aplicada, uma vez que visa construir conhecimentos com vistas ao emprego numa situação específica. A compreensão e uso da noção de “social” é explorada na direção de um diálogo expresso com os profissionais de saúde. Já quanto à sua finalidade, o estudo caracteriza-se como descritivo, uma vez que suas pretensões estiveram focadas na evidenciação das características da noção de “social” e no debate sobre as potenciais relações entre essas e as perspectivas dos profissionais de saúde. Por fim, concebe-se que o trabalho, de acordo com a natureza dos seus dados e com a forma como foram abordados, pode ser classificado como qualitativo e não experimental, tendo sido concebido a partir de um delineamento ancorado na pesquisa bibliográfica.

Mais especificamente, o estudo foi desenvolvido com base em uma revisão narrativa da literatura. De acordo com Rother, as revisões narrativas são “apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual” (2007, p. 5). Também destacando o caráter fluido do método, Gonçalo et. al afirmam que “a revisão narrativa consiste na elaboração de uma ampla análise sobre um tema, em virtude de apresentar a discussão de dados à luz de uma teoria ou de um contexto, como também para integrar visões de campos de

pesquisa independentes” (2012, p. 105-106). Nesse sentido, foram buscadas fontes científicas de informação consideradas relevantes do ponto de vista dos objetivos almejados. Seguindo as características da revisão narrativa tal como mencionadas por Ribeiro (2014, p. 678), a intenção da revisão empreendida foi dar ênfase a um conjunto amplo de questões associadas ao tópico do estudo, ao invés de procurar esgotar uma problemática específica. Procurou-se construir uma revisão atualizada do tema abordado, valendo-se de fontes clássicas e contemporâneas. Balizando-se pelos parâmetros dados por tal procedimento, adquiriu maior relevância, por conseguinte, a análise crítica da literatura, em detrimento da utilização de critérios explícitos, sistemáticos e rígidos de seleção e uso de fontes.

Não obstante, é fundamental assentir que o processo de leitura e revisão bibliográfica é, sem dúvida, estruturante de todo empreendimento científico. Conforme destaca Dyniewicz (2014, p. 56), o exame metódico e extenso de textos é fundamental para a construção de conhecimento. A apropriação sistemática da literatura científica permite tanto o uso de ideias já estabelecidas quanto a atualização de novas perspectivas em torno do problema da pesquisa. Sob este prisma, no planejamento da pesquisa bibliográfica que estruturou o presente trabalho, foram definidas três estratégias de investigação relativamente independentes.

A primeira dessas estratégias de investigação bibliográfica esteve voltada para livros de leitura corrente, consagrados como clássicos no campo das Ciências Sociais. A partir dela foram fundadas as bases conceituais das reflexões sobre a noção de “social”. A segunda estratégia esteve voltada para periódicos científicos disponíveis em versões digitais, nos quais foi feita busca pelo descritor “determinantes sociais da saúde” e seus correlatos. Dentre os estudos identificados, foram selecionados, sobretudo, aqueles de maior impacto conceitual e/ou mais citados. A terceira estratégia também esteve voltada para periódicos científicos disponíveis em versões digitais, contudo, nela foi feita busca pelo cruzamento dos descritores “Covid-19” e “morte” e seus correlatos. Desta feita, dentre os estudos identificados, foram selecionados, sobretudo, aqueles que apresentavam dados empíricos mais abrangentes e atuais.

Todo este conjunto de informações foi criteriosamente analisado e cotejado, com vistas a evitar incoerências e a buscar a mais adequada leitura da realidade. Entretanto, tendo em conta os objetivos do trabalho, almejou-se ir além de técnicas e procedimentos prescritos, buscando o melhor entendimento com as vivências e perspectivas dos profissionais de saúde. Conforme salientou Minayo, “a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)” (2009, p. 14). Sendo assim, pretendeu-se trilhar um caminho metodológico que também contemplasse a explicitação da relativa arbitrariedade inerente às indagações e aos conceitos que constituem o trabalho.

3. Resultados e Discussão

3.1 Durkheim e *O Suicídio*

Responder à indagação “o que é o social?” de maneira exaustiva constitui tarefa complexa. Especialmente porque seria impossível encontrar uma resposta consensual ou definitiva para tal pergunta. Ao longo da história das ciências sociais várias foram as soluções produzidas, a depender das linhagens teóricas às quais pertencem os autores. Apenas para demonstrarmos a amplitude dessas possibilidades, poderíamos citar os trabalhos de Bourdieu (1990), Elias (1994), Elster (1994), Latour (2005), Parsons (2010) ou Radcliffe-Brown (2013). Não interessa aqui discutir as diferenças ou similitudes entre tais elaborações, mas explorar desdobramentos contidos em uma dentre as possibilidades dessa miríade de elaborações. Sendo assim, é oportuno iniciarmos a reflexão proposta a partir de um clássico da sociologia.

Certo senso comum acadêmico sugere que o trabalho que funda a sociologia é *O Suicídio*, de Émile Durkheim (2003). Se *As Regras do Método Sociológico*, também de Durkheim (2001), apresentaria os parâmetros metodológicos e

epistemológicos da ciência então nascente, seria *O Suicídio* a obra que executaria tais parâmetros, consistindo, por conseguinte, em um estudo modelar. O comumente intitulado “pai da sociologia” traz neste trabalho uma questão interessante: o que leva uma pessoa a suicidar? Ou, qual a natureza das causas do suicídio? Ele reconhece que, como geralmente se assume, as motivações íntimas de cada suicida são profundamente individuais. Entretanto, impõe-se a intransponível limitação de não ser possível interrogá-los sobre suas motivações. A princípio isso impediria, portanto, a compreensão do fenômeno. No entanto, para Durkheim o suicídio poderia ser analisado por outro ângulo.

Durkheim entende que, apesar de não ser possível investigar as motivações íntimas de cada suicida, seria plausível estudar as taxas de suicídio. Em suas palavras, esse segundo objeto consistiria no “conjunto dos suicídios cometidos em uma determinada sociedade durante uma dada unidade de tempo” (2003, p. 17). Observando o fenômeno por este prisma, uma curiosa propriedade seria percebida: regularidade. Nas diferentes sociedades a cada ano morreriam, vítimas do suicídio, quantidades mais ou menos estáveis de pessoas. Isso significaria que, mesmo em termos relativos e proporcionais, cada sociedade tenderia a apresentar uma taxa de suicídio específica. O que poderia nos levar a indagar sobre a possibilidade de estarmos diante de uma contradição: se as motivações para o suicídio fossem essencialmente individuais, o que explicaria a regularidade observada nas taxas? Se as causas do suicídio residissem nas variações do plano individual, o que explicaria a constância no plano coletivo?

Sua hipótese em torno da causalidade do suicídio move-se então em direção a um fator externo aos indivíduos. Eis que esse elemento externo é o que ele chama de “sociedade”. Uma realidade *sui generis*, uma ordem moral independente que atuaria sobre os indivíduos de forma externa a eles, coagindo-os, determinando suas ações. Durkheim chega ao limite afirmando que “todas as sociedades estão predispostas a fornecer um determinado contingente de mortos voluntários” (2003, p. 23). Note-se que a sentença é deveras curiosa. A predisposição, a tendência ao suicídio, se transfere do individual para o social. As sociedades são contempladas não pelo viés do ânimo contextual, mas pela via da força, do constrangimento: elas “fornecem”; “determinados”; “contingentes”. O suicida se voluntaria à morte, mas seu voluntarismo o transcende.

O desdobramento dos argumentos de Durkheim leva à tese de que as diferentes taxas de suicídio decorreriam das diferenças entre os grupos sociais. A depender, sobretudo, de suas formas de solidariedade, as sociedades produziram suas próprias taxas de suicídio. A constituição moral de cada sociedade levaria a tendências próprias. Daí sua tipologia dos suicídios: egoísta, altruísta e anônimo – cada tipo de suicídio em consonância com um tipo de sociedade. Seria possível extrapolar, enfim, que, para Durkheim, o “social” seria esse ente externo aos indivíduos que os leva, mais ou menos, de uma forma ou de outra, à morte.

3.2 Repartições do mundo

A solução apresentada por Durkheim prenuncia duas das tensões fundantes das ciências humanas. Uma delas, mais pujante internamente às ciências sociais, reside na relação entre indivíduo e sociedade. A outra, mais acentuada nos intercâmbios das ciências sociais com as ciências da saúde, reside na relação entre natureza e cultura. O *homo duplex* durkheimiano caracteriza de modo exemplar a primeira, na medida em que postula certa dualidade inerente à humanidade entre individual e social, mas transita também na segunda tensão, uma vez que concebe que esta mesma dualidade se estabelece entre orgânico e moral.

Ocorre que tais tensões, especialmente aquela entre natureza e cultura, tem um decisivo impacto na compreensão que os profissionais do campo da saúde têm acerca do social. No que tange a esta compreensão, seria possível sintetizar tais tensões em quatro questões: É possível separar indivíduo e sociedade? Em sendo possível separá-los, qual dentre estes dois elementos é mais relevante do ponto de vista da constituição dos fenômenos da saúde? É possível separar natureza e cultura?

Em sendo possível separá-los, qual dentre estes elementos é mais relevante do ponto de vista da constituição dos fenômenos da saúde? Essas são as questões, de base e de fundo, implícitas a toda a discussão sobre o “social” e suas relações com a saúde.

Pensando estas tensões de maneira articulada, percebe-se o que outrora Geertz (1989) chamou de concepção “estratigráfica” das relações entre os fatores que comporiam a vida humana. Noção amplamente dominante, tanto no meio científico quanto fora dele. Nela, supõe-se que o humano seria composto por “estratos” hierarquicamente dispostos, a saber: biológico, psicológico, social e cultural. Tudo se passaria na humanidade como se, em essência, houvesse a biologia a determinar nossas condições de existência. Naquilo que escapasse à biologia atuaria a psicologia, a assumir as determinações. Seguindo, naquilo de que não se ocupassem a biologia e a psicologia, viria o social a trabalhar. O que sobrasse seria moldado pela cultura. Nas palavras do autor:

De acordo com essa concepção, o homem é um composto de “níveis”, cada um deles superposto aos inferiores e reforçando os que estão acima dele. À medida que se analisa o homem, retira-se camada após camada, sendo cada uma dessas camadas completa e irredutível em si mesma, e revelando uma outra espécie de camada muito diferente embaixo dela. Retiram-se as variadas formas de cultura e se encontram as regularidades estruturais e funcionais da organização social. Descascam-se estas, por sua vez, e se encontram debaixo os fatores psicológicos – “as necessidades básicas” ou o-que-tem-você – que as suportam e as tornam possíveis. Retiram-se os fatores psicológicos e surgem então os fundamentos biológicos – anatômicos, fisiológicos, neurológicos – de todo o edifício da vida humana (Geertz, 1989, p; 28).

As formas de se interpretar as contradições, articulações ou (inter)determinações entre as duas “tensões” anteriormente apontadas, ou entre os quatro “estratos” assinalados por Geertz, em certo sentido estabelecem as balizas teóricas principais adotadas pelos diferentes campos tanto das ciências sociais quanto das ciências da saúde em geral – e da saúde coletiva em particular. Portanto, a definição do que é o social, assim como a estimativa da sua relevância, dependerão do “peso relativo” a ele atribuído diante do individual, do biológico, do psicológico e do cultural.

Em certas áreas como a antropologia social nota-se a pretensão de romper com a concepção estratigráfica, entendendo-se que a experiência humana congrega suas quatro dimensões. Destaque-se, por exemplo, a fórmula do “homem total” de Mauss (2003, p. 405). Por seu turno, não seria uma desmedida distorção afirmar que as ciências da saúde majoritariamente presumem a cisão entre biológico e social. Mais além, concebem certa hierarquia entre biológico e social. A ideia seria que o social facilitaria ou dificultaria a ocorrência de fenômenos no plano biológico. O social tornaria fenômenos biológicos mais ou menos comuns. Mas as ditas “leis” do plano biológico não seriam afetadas por fatos de origem social. O social explicaria a aparência do biológico (daqui viria grande parte da força da epidemiologia), mas não sua imanência (a explicação última sobre a vida viria da biologia). Curiosamente, essa visão supõe uma simetria invertida na direção inversa. As “leis” do plano social seriam derivações dadas pelas condições de possibilidade estabelecidas pelo plano biológico. A biologia não seria capaz de explicar a aparência do social (essa aparência, sempre variada, seria a “cultura”), mas estabeleceria as condições para sua imanência (os arranjos sociais responderiam, cada qual a seu modo, a necessidades naturais universais).

3.3 Determinantes sociais da saúde

Sem dúvida, uma visão tão restrita sobre o social não é compartilhada por todos os profissionais do campo da saúde – quer atuem nas universidades, quer atuem na execução de políticas públicas ou de serviços de saúde. Uma visão mais matizada é representada pela ideia de “determinantes sociais da saúde”. Nela, ganha relevo a percepção de que saúde e doença não corresponderiam apenas a fenômenos biológicos individuais. Em contraste com certo olhar biomédico mais caricato, na perspectiva dos determinantes sociais da saúde parte da centralidade da causalidade advinda do plano individual e biológico é deslocada para a causalidade proveniente do plano coletivo e social.

Muito frequentemente, quando os profissionais do campo da saúde cogitam sobre a associação entre os universos do social e da saúde, fazem-no a partir da ideia de determinantes sociais da saúde. Desse modo, é profícuo analisarmos tal ideia e seus fundamentos. Em artigo bastante consultado, Buss e Filho (2007) apresentam boa síntese sobre o conceito de determinantes sociais da saúde. Vejamo-la:

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre (Buss e Filho, 2007, p. 78).

Não por acaso, definição semelhante é apresentada por Mendes (2011), um consagrado autor do campo da Saúde Coletiva, sobretudo quanto aos estudos sobre políticas públicas. Ele apresenta a seguinte explanação:

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). Em outras palavras, a má saúde dos pobres, o gradiente social da saúde dentro dos países e as grandes desigualdades sanitárias dentro e dentro dos países são provocadas por uma distribuição desigual, nos âmbitos mundial, nacional e regional, e pelas consequentes injustiças que afetam as condições de vida da população, de forma imediata e visível (acesso à atenção à saúde, à educação, às condições de trabalho, ao tempo livre e à habitação) e a possibilidade de ter uma vida próspera. Essa distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social (Mendes, 2011, p. 246-247).

Em ambos os excertos se observa, fundamentalmente, que o plano social e suas características ganham saliência e passam a ser “determinantes” quanto à compreensão dos fatores que interferem na ocorrência de variáveis relativas à saúde. E, como bem descreveram Buss e Filho (2007), a partir desde ponto de partida diferentes abordagens científicas foram desenvolvidas investigando como a ordem social se inscreveria nos corpos. Em outras palavras, esforços em identificar quais variáveis seriam mais relevantes – escolaridade? Hereditariedade? Alimentação? Habitação? – e como elas se relacionariam entre si.

Uma abordagem histórica para a questão em tela mostra que o pano de fundo das discussões sobre os determinantes sociais da saúde são os embates – teóricos e políticos – entre, por um lado, um enfoque mais biologizante e, por outro, um enfoque mais sociologizante em torno dos fenômenos de saúde e doença. Confronto este que marcou a história da saúde pública no Brasil e alhures, tendo provocado, inclusive, desdobramentos nos modelos de políticas públicas de saúde. Seria possível aventar que o enfoque mais biologizante estimulou o desenvolvimento de políticas centradas na atenção terciária, curativa e individual, enquanto o enfoque mais sociologizante estimulou o desenvolvimento de políticas centradas na atenção primária, preventiva e social.

No entanto, é significativo que as sistematizações teóricas em torno dos determinantes sociais da saúde geralmente resultem em modelos ou esquemas que organizam os fatores que intervêm nos fenômenos de saúde e doença em camadas, parcelas, faixas, níveis etc. Essa tendência expressa que, ao cabo, nas reflexões sobre os determinantes sociais da saúde

persistem insuperáveis as tensões indivíduo/sociedade e natureza/cultura. Tensões que então se expressam imageticamente em articulações esquemáticas entre os estratos citados por Geertz (1989). O social ganha realce, mas permanece dissociado das outras instâncias da realidade.

Tal problemática não passou despercebida pelos estudiosos da área e soluções para ela foram buscadas. Garbois et al. (2014; 2017), por exemplo, em dois trabalhos relativamente recentes argumentaram que o modelo de “determinantes sociais da saúde” deveria ser superado pelo de “determinação social do processo saúde-doença”. A crítica das autoras está direcionada justamente para o fato de que o modelo de determinantes sociais da saúde implicaria em uma fragmentação dos elementos que comporiam a realidade, entendendo o social enquanto um domínio específico, separado dos demais. Além disso, esse modelo favoreceria uma falsa objetividade e neutralidade científica, entendendo que o social poderia ser apreendido enquanto um objeto apartado do sujeito que o analisa. A proposta das autoras é então a adoção de um modelo que supere a separação do social com as outras esferas.

3.4 A pandemia de Covid-19

Por trágicas razões, a forma como a pandemia de Covid-19 transcorreu no Brasil pode ajudar a iluminar as reflexões aqui construídas. As transformações geradas pela pandemia foram profundas e generalizadas. Raríssimos são os setores da vida que não foram afetados. É inclusive possível declarar que ela modificou quantitativa e qualitativamente o diagrama das mortes no país nos anos de 2020 e 2021. A depender de uma série de fatores, as pessoas morreram mais, ou morreram menos, e por causas variadas, em comparação com padrões populacionais observados até o ano de 2019.

Sob este prisma, destaca-se que, com confortável segurança, é plausível afirmar que a letalidade do vírus não opera randomicamente, mas de acordo com inclinações construídas socialmente. Estudos em torno deste fenômeno seguem sendo desenvolvidos atualmente desde múltiplos campos do conhecimento. Mas é conveniente recorrer a alguns que nos serão úteis para a discussão acerca das articulações e contrastes concebidos entre os planos social e da saúde.

Em boa revisão de literatura, centrada em trabalhos publicados entre junho e setembro de 2020, Bezerra et al. (2020) buscam identificar quais seriam os grupos mais vulneráveis ao SARS-CoV-2 no Brasil e no mundo. As autoras percebem então especificidades do contexto brasileiro frente aos de outros países, além de ponderações relevantes quanto aos fatores que gerariam maior risco de morte em decorrência da contaminação pelo vírus. Embora a pesquisa tenha privilegiado bases de dados vinculadas majoritariamente à área da saúde (SciELO, BIREME e Pubmed), as informações sistematizadas demonstrariam que, para além dos aspectos mais propriamente biológicos e/ou corporais (idade, comorbidade etc.), especialmente no Brasil as principais vulnerabilidades estariam ligadas a condições sociais (renda, raça, acesso a serviços de saúde etc.).

Seguindo linha de investigação semelhante, Oliveira et al. (2020) analisam a pandemia no Brasil sob o ângulo das desigualdades raciais. A proposta do estudo é considerar não somente os números mais imediatos que expressam a pandemia, mas também a dimensão histórica que subjaz a realidade racial sobre a qual ela opera. Fazendo-o, as autoras observam que "como a Covid-19 não atinge grupos e locais simétrica e democraticamente, é nas periferias e favelas, locais com os piores indicadores de desenvolvimento humano, que a pandemia apresenta sua face mais cruel" (2020, p. 16). O foco nos dados disponíveis acerca da dimensão racial demonstra, também, que a doença de modo algum seria “democrática”, ou seja, não atingiria a todos igualmente. Apesar das incompletudes apresentadas pelos registros disponíveis, perceber-se-ia que as taxas de internações e de óbitos por segmentos raciais modificaram-se com o passar do tempo, o que mostraria a trilha social seguida pela pandemia.

Também se contrapondo à ideia de que a pandemia atingiria a todos independentemente de distinções sociais, Silva (2021) analisa a situação do estado do Pará a partir de dados sobre escolaridade, classe e cor/raça da população com teste positivo. A conclusão alcançada pelo trabalho é de que a pandemia de Covid-19 seria, antes de qualquer outra coisa, uma

questão social, uma vez que as desigualdades sociais definiriam diferentes condições de disseminação, de risco e de enfrentamento da doença.

Três interessantes trabalhos exploraram a problemática da Covid-19 no Brasil desde o ângulo das características regionais do país. Pinheiro et al. (2020) o faz com foco na questão da organização do SUS, passando pelo pacto federativo e pelo modelo de financiamento. Metodologicamente, utiliza dados sobre hospitalizações e sobre estrutura dos serviços de saúde. Sem deixar de reconhecer aspectos vinculados às condições de saúde individuais, o trabalho conclui que as desigualdades regionais impactam na mortalidade dos pacientes hospitalizados por Covid-19. Por vias distintas, o mesmo é assinalado por Demenech et al. (2020). Nesse, o recorte se deu pelos estados brasileiros, também utilizando abordagem estatística para avaliação da relação entre desigualdade econômica e risco de infecção e morte por Covid-19. Seus resultados indicaram existir, entre os estados do país, um reflexo negativo da desigualdade econômica no enfrentamento da pandemia. Por fim, o trabalho de Guimarães et al. (2020), que também se dedica a certa comparação estatística entre dados relativos às unidades da federação, resulta em conclusões semelhantes. Nele, os 27 estados são classificados por estratos de risco de acordo com seus respectivos potenciais de disseminação e de mortalidade. Mais uma vez explora-se o entendimento de que os movimentos da pandemia não são aleatórios, tampouco homogêneos. Parece perfeitamente inequívoco que esses movimentos se dão a partir das configurações do tecido social.

Esses diversos estudos demonstram que a pandemia torna mais evidente a íntima e inexorável relação entre as esferas do social e da saúde. Mais especificamente, elucidam dimensões importantes da produção social da morte. Não há dúvida de que os profissionais de saúde compreendem – com maior ou menor densidade, a depender de suas trajetórias – os enlaces entre o social e a saúde. Contudo, certo aspecto da pandemia deixou tais processos mais explícitos especialmente aos olhos desses profissionais. Trata-se da forma como a pandemia colocou os sujeitos sob riscos diferentes de morrer a depender de suas classes profissionais.

Em decorrência dos tipos de informação usualmente coletadas pelos serviços de saúde, é difícil o estabelecimento de correlações estatísticas entre ocorrências ligadas ao campo da saúde e as classes profissionais dos sujeitos. Raros são os indicadores de saúde que agregam dados sobre aspectos laborais. Não obstante, desde o início da pandemia de Covid-19 ficou suficientemente claro que ela afetaria de maneira desigual as classes profissionais. Em especial, colocaria os profissionais de saúde em vultoso risco, pois eles estariam na “linha de frente” do enfrentamento da pandemia. Por lidarem direta e constantemente com a doença, correriam maior risco de serem infectados e, conseqüentemente, de morrer.

Contudo, muito rapidamente se percebeu que mesmo entre o conjunto mais geral dos profissionais de saúde sobrevinham certas segmentações. A primeira, mais evidente, entre, por um lado, os profissionais que atuavam diretamente com os casos possíveis ou confirmados da doença e, por outro, os profissionais que atuavam sobretudo com outros tipos de enfermidade. Já a segunda estaria relacionada às condições de organização e de infraestrutura dos locais de trabalho. Pesariam aí fatores tais como a gestão das cargas horárias diárias de trabalho, a disponibilidade de equipamentos de proteção individual, a oferta de treinamentos especializados relativos aos novos protocolos de atendimento etc. Por fim, a terceira segmentação percebida se dava entre os ramos dentro do círculo amplo dos profissionais de saúde. Na medida em que as semanas de pandemia passavam ia se tornando patente que, por exemplo, os profissionais da enfermagem eram especialmente afetados, em particular os de nível técnico.

Santos et al. (2020) produziram excelente ensaio sobre essa problemática dos efeitos da pandemia de Covid-19 nas conexões entre trabalho e saúde. O texto discute inúmeros fatores que elevariam as vulnerabilidades dos trabalhadores no contexto pandêmico – não só da saúde em sentido estrito, mas dos trabalhadores em geral, considerando suas várias categorias. Os autores analisam o impacto de múltiplos aspectos, tais como gênero, raça, migração, organização sindical, situação de

(in)formalidade ou de (in)estabilidade etc. A partir daí o panorama que se desenha é de uma ampla precarização e desproteção social do trabalho, o que exigiria uma intervenção mais efetiva por parte das políticas públicas.

No entanto, interessa destacar, com base neste estudo, que relativamente pouco se produziu em termos de análises científicas sobre as vivências de trabalhadores que atuam fora do setor saúde. Muito provavelmente, isso ocorreu em função da escassez de informações específicas sobre esse quadro nos bancos de dados disponíveis. Escassez que, por sua vez, está ligada à subnotificação e ao formato das fichas de notificação, que privilegiam o registro de ocorrências relativas somente às profissões de saúde e de segurança. De modo que, por conseguinte, pouca literatura especializada foi produzida sobre o assunto.

Apesar desta limitação em termos de produção científica, tudo leva a crer que, com o passar do tempo, a orientação da letalidade da Covid-19 entre as classes profissionais passou por um deslocamento. Se inicialmente chamavam atenção as condições dos profissionais de saúde que atuavam na “linha de frente” do enfrentamento da pandemia, transcorridos alguns meses foi se tornando cada vez mais forte a percepção de que os mais afetados eram os trabalhadores de ofícios tais como motoristas, faxineiros, caixas de supermercado, porteiros, vendedores etc. Embora, no Brasil, os profissionais de saúde em tese tenham uma atuação mais próxima às pessoas infectadas, ao mesmo tempo eles tinham, na média, mais acesso a testagem, a equipamentos de proteção individual e a informações adequadas sobre prevenção. Por seu turno, trabalhadores de certas classes profissionais foram obrigados a se manter atuando com pouco ou nenhum distanciamento social ou outras formas de evitação do contágio. Além disso, tais classes profissionais não puderam contar com significativos amparos advindos do Estado, de sindicatos ou de outras instâncias organizativas que lhes permitissem recusar maior exposição ao risco.

Reportagem jornalística publicada no El País por Soares (2021), valendo-se de levantamento feito pelo instituto Lagom Data, mostrou o impacto da pandemia no número de mortes entre as diferentes classes profissionais. Com base em dados sobre o encerramento de contratos formais de trabalho por óbito, o estudo concluiu que entre os trabalhadores de atividades consideradas essenciais houve um excesso de mortes superior à média de mortes apresentada pelo restante da população. Sob este prisma, comparando-se o número de mortes entre janeiro e fevereiro de 2020 com as mortes ocorridas entre janeiro e fevereiro de 2021, as classes mais afetadas seriam a dos frentistas de postos de gasolina, a dos operadores de caixa de supermercado, a dos motoristas de ônibus e a dos vigilantes (respectivamente, cerca de 68%, 67%, 62% e 59% a mais de mortes). Entre os técnicos de enfermagem – grupo que vivenciou situação mais precária no conjunto dos profissionais de saúde – houve cerca de 43% a mais de mortes. Destaque-se, por fim, que o estudo só tinha à disposição dados do mercado de trabalho formal. Caso fossem contabilizadas as mortes de autônomos e microempresários individuais provavelmente seria ainda mais dramática a situação dos profissionais menos qualificados e que exercem seus ofícios mantendo contato constante com o público.

Por este ângulo, apresentado pelas ocorrências associadas às atividades profissionais, também se constata que a morte na pandemia de Covid-19 está mais ligada a propensões socialmente estruturadas do que a tendências derivadas das características do vírus. Sendo assim, somos levados a concluir que o SARS-CoV-2 é um fenômeno tão biológico quanto a pandemia é um fenômeno social. Os profissionais de saúde se puseram a enfrentar a pandemia, mas logo descobriram que sua mais profunda letalidade não adviria da relação entre os vírus e os corpos, mas da relação entre os sujeitos. De modo que a caracterização da Covid-19 como um fenômeno biológico não é somente uma descrição especializada, mas principalmente uma redução com implicações sociais.

4. Considerações Finais

Inicialmente exploramos as reflexões de Durkheim acerca da causação do suicídio e apontamos como a ideia de sociedade nelas surge. Na sequência argumentamos que as noções ordinárias de social e de saúde estão fundadas nas tensões entre indivíduo e sociedade, e entre natureza e cultura – tensões essas que se desdobram em uma visão estratigráfica sobre a existência humana. Buscamos demonstrar que a clareza em torno das bases dessa visão estratigráfica é essencial para a compreensão das variadas concepções de social e de saúde, bem como de suas relações. Depois discutimos o conceito de determinantes sociais da saúde e afirmamos que, tal como majoritariamente utilizado, ele conserva as duas tensões anteriormente descritas. Por fim, trouxemos observações sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil que, de múltiplas formas, explicitariam como a dimensão do social lhe é estruturante. Deste percurso, extraímos o entendimento de que não morremos como querem nossos corpos, mas como querem nossas sociedades.

Parafraseando Karl Marx, seria aceitável afirmar que o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele morre diferente do pedreiro que materializa sua imaginação, enquanto a melhor abelha morre tal como a pior¹. E o fato de que existem abelhas operárias e rainhas é uma exceção taxonômica que, pelo paralelo que propõe, só reforça o argumento. Tais imagens e associações em torno da morte podem servir como um caminho para o diálogo com os profissionais de saúde sobre o social e suas relações com a saúde.

De maneira geral os profissionais de saúde apreendem o social como algo apartado da dimensão biológica da vida. Mais além, nessa visão comum o social por um lado constituiria formas de atender às necessidades de saúde do corpo e, por outro, construiria estímulos para que as condições de saúde das pessoas se dessem de tal ou qual forma. Contudo, essa perspectiva que separa o social e a saúde não é suficiente para explicar a forma como morremos. Desde um ângulo mais amplo, só entendemos a forma como morremos se percebemos o social e a saúde como segmentos indissociáveis da vida.

Aos profissionais de saúde é razoável apontar que o “social” é aquilo que Durkheim (2003) acionou para explicar o fenômeno do suicídio – com uma importante ponderação. Durkheim estava correto na essência, mas equivocados na substância. O social é aquilo que explica as variações constantes nas taxas de suicídio. Isso, porque a essência do social é a constância da variação. Entretanto, o social, ao contrário do que Durkheim descreveu, não tem substância, não é uma coisa. Não existe fora do seu reconhecimento, uma vez que não tem existência própria.

O social é um conjunto, abstratamente construído, de diferenças. De condições corporais, de formas de expressão, de gostos, de práticas de intervenção no ambiente, de racionalidades etc. O que caracteriza a humanidade é a inevitabilidade da variação. E o social é um corte – abstratamente concebido, singular e provisório – relativo a um agregado de variações. O social é, enfim, o reino da diferença. Daí a dificuldade que frequentemente enfrentamos para delimitá-lo e percebê-lo. Pois o social não se define pela estabilidade de sua constituição, mas por constantes transformações em arranjos de diferenças.

Mais próximo do que discutimos ao longo deste trabalho, concluímos que o social, especialmente quando se trata da saúde, é a ordem que escolhe os voluntários para morrer mais do que os outros. É a morte interessada. Uma morte que tem história e finalidade, que só se justifica a partir das instáveis disposições construídas entre os sujeitos, cuja previsibilidade é encontrada em regimes de poder. Nisso reside a importância desse diálogo com os profissionais de saúde. Objeto de suas atuações, a saúde não existe fora do social, pois não existe fora dessa disposição humana para a diferença.

¹ A excepcional passagem de Marx é a seguinte: “Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador e, portanto idealmente” (1983, p. 149-50).

A interlocução entre as Ciências da Saúde e as Ciências Humanas é sempre oportuna e apresenta vastas alternativas. Trabalhos futuros poderão explorar novos percursos desse intercâmbio. O exercício da transdisciplinaridade, aliado a certa atenção às experiências profissionais reais, pode contribuir decisivamente para o refinamento teórico e para a elucidação de conceitos mais fortemente vinculados a campos específicos do conhecimento. Este segue sendo um desafio científico e político da Saúde Coletiva. Novos temas, caros aos múltiplos saberes e práticas que a instituem, poderão ser examinados sob diferentes enfoques, na expectativa de torná-los mais significativos e adequados para os sujeitos que deles se utilizam.

Referências

- Bezerra, D. R. C.; Santo, F. H. E.; Monteiro, J. K. M. F. & Muto, T. S. (2020). Os vulneráveis no período do COVID-19: uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 9(10), 1-18.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. 3a ed. Stanford University Press.
- Buss, P. M. & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.
- Demenech, L. M.; Dumith, S. C.; Vieira, M. E. C. D. & Silva, L. N. (2020). Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23: E200095.
- Durkheim, É. (2001). *As Regras do Método Sociológico*. Martin Claret.
- Durkheim, É. (2003). *O Suicídio*. Martin Claret.
- Dyniewicz, A. M. (2014). *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. Difusão Editora.
- Elias, N. (1994). *A Sociedade dos Indivíduos*. (3a ed.). Jorge Zahar Ed.
- Elster, J. (1994). *Peças e Engrenagens das Ciências Sociais*. Relume-Dumará; 1994.
- Garbois, J. A.; Sodré, F. & Dalbello-Araujo, M. (2014). Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1173-1182.
- Garbois, J. A.; Sodré, F. & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*, 41(112), 63-76.
- Geertz, C. (1989). *A Interpretação das Culturas*. Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Gonçalo, C. S.; Castro, C. M.; Bonon, M. M.; Motta, P. M. R.; Dahdal, A. B.; Batista, J. C.; Hirayama, M. S.; Peres, S. M. P. & Barros, N. F. (2012). Planejamento e execução de revisões sistemáticas da literatura. *Brasília Med*, 49(2), 104-110.
- Guimarães, R. M.; Eleuterio, T. A. & Monteiro-da-Silva, J. H. C. (2020). Estratificação de risco para predição de disseminação e gravidade da Covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 37, 1-17.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: an introduction to actor-network-theory*. 1a ed. Oxford University Press.
- Marx, K. (1983). *O capital: crítica da economia política*. Abril Cultural.
- Mauss, M. (2003). *Sociologia e Antropologia*. Cosac & Naify.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. (2a ed.). Organização Pan-Americana da Saúde.
- Minayo, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F. & Gomes, R. (Org.). (2009). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Oliveira, R. G.; Cunha, A. P.; Gadelha, A. G. S.; Carpio, C.G.; Oliveira, R. B. & Corrêa, R. M. (2020). Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad. Saúde Pública*, 36(9), 1-14.
- Parsons, T. (2010). *A Estrutura da Ação Social: um estudo de teoria social com especial referência a um grupo de autores europeus recentes*. Vozes.
- Pinheiro, F. M. G.; Martinho, R. M. L.; Moreira, R. C. & Martinho, L. A. B. (2020). Iniquidades regionais e sociais na mortalidade por covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 16(4), 77-90.
- Radcliffe-Brown, A. R. (2013). *Estrutura e Função na Sociedade Primitiva*. (2a ed.). Vozes.
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 672- 683.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm.* 20(2), 1-2.

Santos, K. O. B.; Fernandes, R. C. P.; Almeida, M. M. C.; Miranda, S. S.; Mise, Y. F. & Lima, M. A. G. (2020). Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, 36(12), 1-14.

Silva, V. V. A. (2021). A covid-19 enquanto questão social: classe, escolaridade e cor da pandemia no Pará. *HOLOS*, 37(1), 1-14.

Soares, M. (2021). Mortes entre caixas, frentistas e motoristas de ônibus aumentaram 60% no Brasil no auge da pandemia. El País. <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-04-05/caixas-frentistas-e-motoristas-de-onibus-registram-60-a-mais-de-mortes-no-brasil-em-meio-ao-auge-da-pandemia.html>.