

Sobre determinação social e sobredeterminação social: o epílogo de um debate-embate?

On social determination and social overdetermination: The epilogue to a heated debate?

Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa^{1,2}

DOI: 10.1590/2358-2898202614910864P

RESUMO Em recente publicação nos Cadernos de Saúde Pública (2021), Maria Cecília Minayo problematiza o conceito de determinação social na Saúde Coletiva. A autora sugere um descolamento entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais, alegando que o termo carrega um viés determinista insuficiente para a complexidade do processo saúde-doença. Mediante revisão teórica e análise de discurso, este artigo contrapõe tais afirmações. Argumenta-se que a epidemiologia moderna já integra determinantes biológicos, socioeconômicos e políticos em sua base. Pautando-se na causalidade multinível, demonstra-se como a disciplina investiga a interação entre experiências biológicas e sociais nas ‘causas das causas’. O texto destaca a interseccionalidade, abordagem que examina como gênero, raça e classe são mutuamente constituídos e interconectados. Tais dimensões não operam de forma isolada ou somada, mas se entrelaçam em sistemas simultâneos de privilégio e opressão, explicando disparidades de saúde de forma mais convincente que interpretações demográficas tradicionais. Conclui-se que o enquadramento interseccional e a causalidade multinível constituem prova adicional da (sobre)determinação social.

PALAVRAS-CHAVE Determinantes sociais de saúde. Enquadramento interseccional. Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT *In a recent publication in Cadernos de Saúde Pública (2021), Maria Cecília Minayo critically examines the concept of social determination in Collective Health. The author suggests a disconnect between epidemiology and the social sciences, arguing that the term carries a deterministic bias that is insufficient to account for the complexity of the health–disease process. Through a theoretical review and discourse analysis, this study challenges these claims. It argues that contemporary epidemiology already incorporates biological, socioeconomic, and political determinants at its core. Grounded in multilevel causality, it demonstrates how the field investigates interactions between biological and social experiences at the level of the ‘causes of causes’. The text highlights intersectionality as an approach that examines how gender, race, and class are mutually constituted and interconnected. These dimensions do not operate in isolation or as merely additive factors, but rather intertwine to produce simultaneous systems of privilege and oppression, offering a more compelling explanation for health disparities than traditional demographic interpretations. It concludes that intersectional analysis and multilevel causality provide further evidence of social (over)determination.*

KEYWORDS *Social determinants of health. Intersectional framework. Socioeconomic factors.*

¹ Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Escola de Medicina – Ouro Preto (MG), Brasil.
paulo.correa@ufop.edu.br

² Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Introdução

Recentemente, tomei conhecimento do muito oportuno debate sobre determinação social e sobredeterminação social publicado em uma revista do campo da Saúde Pública¹⁻⁴. No seu *paper* ‘Determinação social, não! Por quê?’, Minayo¹⁽²⁾ inicia com a seguinte frase:

São muitos os conceitos da era moderna (marcada pelo paradigma de revolução industrial) que precisam ser revistos e problematizados no encontro entre Ciências Sociais e Saúde. Neste artigo, dedico-me a questionar apenas um deles, amplamente usado na área: determinação social.

O que se lê a seguir, é uma crítica radical à categoria ‘determinação social’, a qual, por sua abrangência, pode ser interpretada como uma preocupante tentativa de revisão ou descredibilização de um corpo robusto de evidências sobre a determinação social e a sobredeterminação social no processo saúde/doenças/eventos relacionados à saúde/atenção à saúde. Somente no segundo de seus textos, a autora adquire um tom mais ameno e utiliza o termo diálogo⁴.

O debate inicial sobre a crítica de Minayo

Preferimos considerar que os dois textos de Minayo, em especial, o primeiro, constituem uma provocação teórica necessária^{1,4}. Uma discussão que precisa ser continuada e aprofundada, a partir de múltiplas perspectivas teóricas e evidências. Os argumentos apresentados por Minayo não se sustentam a partir das evidências apresentadas a seguir, adicionalmente às excelentes argumentações já trazidas por Almeida-Filho², Jaime Breilh³ e Aurea Ianni⁵.

Elis Borde⁶ reacendeu o debate recentemente, trazendo novas críticas. Borde considera que a polêmica provocada por Minayo

“precisa ser compreendida como uma disputa de narrativas e uma expressão do que tem sido discutido como colonialidade do saber”⁶⁽²²⁾. Explica a autora que:

[...] para além do legado de desigualdades e injustiças sociais profundas do colonialismo e do imperialismo, há um legado epistemológico do eurocentrismo que tem negado a diversidade epistêmica no mundo e tem imposto monoculturas do saber⁶⁽³⁰⁾.

No final deste texto, adicionaremos essa perspectiva, fazendo uma análise do discurso de Minayo.

Aspectos ainda não apresentados e discutidos

Nos parágrafos abaixo, traremos à baila novos aspectos ainda não incluídos no debate. Discorreremos a respeito da falta de atitude althusseriana de Minayo, de modelos epidemiológicos, da ausência de menção/compreensão da causalidade multinível e de interseccionalidade, além da já mencionada breve consideração sobre o discurso de Minayo.

Minayo, leitora ávida de Althusser, de quem alega ter lido ‘quase toda’ a obra⁴, poderia ser inspirada pela autocrítica – algo exacerbada – deste. Althusser nos conta em ‘The Future Lasts Forever: A Memoir’ que, quando acabara de publicar ‘Pour Marx e Lire Le Capital’, rejeitou seus próprios escritos, chegando a afirmar ter ficado

[...] obcecado com o pensamento aterrorizante de que meus textos iriam me expor ao público como quem eu realmente era, um charlatão e nada mais, um filósofo que não sabia quase nada sobre a história da filosofia ou de Marx⁷⁽¹⁴⁸⁾.

E continua no final da página seguinte:

Quando meus livros foram lançados em outubro, eu tive um ataque de pânico tão grande que

falava apenas em destruí-los (mas como?) e então, finalmente, em destruir a mim mesmo, a solução radical e definitiva⁷⁽¹⁴⁹⁾.

A Saúde Coletiva está, como Minayo afirmou, ‘no encontro entre Ciências Sociais e Saúde’¹. Para mostrar as muitas inadequações do texto de Minayo, para além das já apontadas anteriormente^{2,3,5,6}, podemos recorrer, portanto, a estes dois campos distintos de conhecimento: o da Saúde – notadamente, da Epidemiologia – e o das Ciências Sociais. A primeira incorreção de Minayo ainda não mencionada é separar a Epidemiologia e a Epidemiologia Latino-Americana das Ciências Sociais e Saúde. Senão, vejamos... Definir Epidemiologia, por si, já seria um enorme desafio e merecedor de constituir objeto de texto específico. Frérot et al.⁸, de fato, conseguiram obter da literatura 102 definições de epidemiologia, cunhadas no período compreendido entre 1978-2017. A frase inicial do texto de Frérot já denota claramente a intersecção da Saúde com o campo de estudo das Ciências Sociais: “a epidemiologia é uma disciplina recente que evoluiu com as mudanças que estão ocorrendo na sociedade e o surgimento de novas doenças”⁸⁽²⁾. Uma das primeiras definições apresentadas no texto é a de Barker DJP et al., de 1979: “a epidemiologia, o estudo da distribuição e dos fatores determinantes de doenças em populações humanas, sempre foi parte integrante da prática médica”⁸⁽⁵⁾. No mesmo *paper*, Frérot et al.⁸⁽⁶⁾ citam a definição ampla de Gerstman, de 2003:

[...] as definições modernas de epidemiologia referem-se a distribuições em populações (estatísticas), determinantes de saúde e doença (fisiopatológicos, ambientais, comportamentais), controle de problemas de saúde (biológicos, sociais, econômicos, políticos, administrativos, legais).

Por fim, Juan Samaja define epidemiologia como a ‘ciência da saúde do ser social’⁹.

Descabido, portanto, o descolamento alegado por Minayo entre Epidemiologia, Saúde e Ciências Sociais.

Naomar Almeida-Filho²⁽¹⁾ destaca, com propriedade, que “Minayo confunde propositalmente o princípio filosófico do determinismo, a categoria determinação e a noção de determinante. Isso constitui um caso flagrante de ‘falácia de pressuposto’”. A fundamentação da ideia de sobredeterminação também é ofertada e debatida².

Os modelos de causalidade: Determinantes Sociais da Saúde/causas distais *versus* Determinação Social da Saúde

Restam, ainda, não apresentados e discutidos, outros aspectos fundamentais, como os modelos por detrás da noção de determinantes. O embasamento teórico de determinantes sociais na Epidemiologia foi trazido por muitas evidências, entre as quais, as mais notórias são as de Michael Marmot¹⁰. Importante lembrar que o modelo epidemiológico dominante na época da elaboração do conceito de determinantes era o da epidemiologia dos fatores de risco. Susser & Susser¹¹ também denominam esse modelo de ‘epidemiologia das caixas pretas’. Esse era o modelo hegemônico na segunda metade do século XX; a alcunha de caixas pretas foi dada porque a exposição era relacionada com os resultados, sem consideração de fatores intervenientes ou patogênese¹¹. Esse entendimento, obviamente, condicionava as estratégias analíticas e as abordagens de prevenção¹¹. Estas últimas eram: realizar o controle dos fatores de risco modificando o estilo de vida (dieta, exercícios etc.), agente (armas, alimentos etc.) ou ambiente (poluição, tabagismo passivo etc.)¹¹.

Susser & Susser¹¹ abordam a necessidade de modelos que façam a inclusão de sistemas em diferentes níveis, e chamam o novo

paradigma de ‘epidemiologia das caixas chinesas’ ou Ecoepidemiologia. Os autores elaboram em cima do histórico conceito da tríade epidemiológica: agente, hospedeiro e ambiente¹¹. Argumentam, com razão, que o ambiente humano compreende sistemas em vários níveis, os quais interagem entre si¹¹. Ou seja, são interativos¹¹. Os autores entendem as sociedades como sistemas de relações persistentes, ordenadas e complexas¹¹. “A persistência” ou estabilidade “coexiste, entretanto, com a capacidade de mudança”¹¹⁽⁶⁷⁵⁾. E continuam:

[...] como os fatores contidos em um sistema se relacionam de alguma forma, mudanças e atividades em um setor afetam outros setores; os sistemas também se relacionam entre si; eles não existem isoladamente¹¹⁽⁶⁷⁵⁾.

As chamadas caixas chinesas são como um ninho de caixas de mágica, cada uma contendo uma sucessão de caixas menores. E completam:

[...] assim, dentro de estruturas localizadas, nos níveis sucessivos de organização, cada um dos quais engloba o nível seguinte e nível mais simples, todos com vínculos íntimos entre eles¹¹⁽⁶⁷⁵⁾.

Os autores explicam:

Em cada nível, uma estrutura relativamente delimitada, como uma nação, uma sociedade ou comunidade pode ser caracterizada por relações legais que são localizadas nessa estrutura e que podem ser descobertas. [...] Em um determinado nível dentro da hierarquia de escala e complexidade, essas relações legais são generalizáveis, mas somente na medida em que se aplicam a outras estruturas semelhantes, sejam elas sociedades, cidades, comunidades locais ou indivíduos¹¹⁽⁶⁷⁵⁾.

Ao incorporar esse novo modelo de causalidade multinível, a epidemiologia passa a fazer a investigação dos caminhos pelos quais as

experiências biológicas e sociais geram saúde/doença/eventos relacionados à saúde¹². Esse novo paradigma equipa o epidemiologista do século XXI para identificar o impacto das mudanças biológicas e sociais sobre os desfechos citados acima¹². A Ecoepidemiologia considera, portanto a marca do tempo histórico; e a relação dinâmica entre as causas macro (por exemplo, mudanças sociais) e micro causas (por exemplo, mutações genéticas)¹². A busca do epidemiologista, nesse novo paradigma, é, portanto, buscar as causas em vários níveis e, em especial, as causas das causas. Estas últimas também são conhecidas pelo termo causas distais. Retomaremos mais à frente a discussão sobre as causas distais.

Fundamental aqui trazer as contribuições da Epidemiologia Latino-Americana. Pedro Luis Castellanos traz elementos estruturantes para o conceito de (sobre)determinação social da saúde¹³. O autor estabelece que os fenômenos de saúde não ocorrem em um vácuo, mas em diferentes espaços de determinação e condicionamento, os quais são recursivos e inclusivos¹³. O espaço singular seria representado pelos estilos de vida: refere-se às variações entre indivíduos ou grupos definidos por atributos individuais (idade, sexo, fatores de risco). É o nível onde a patologia se manifesta nos corpos e onde se localizam as condutas individuais¹³. Mas Castellanos nos alerta de um outro espaço: o particular, das condições de vida¹³. Nesse espaço, ocorrem as variações entre grupos sociais dentro de uma mesma sociedade. A explicação aqui reside nos processos de reprodução social e em como cada grupo se insere na produção e no consumo de bens e serviços¹³. Haveria, ainda, um terceiro espaço, denominado espaço geral ou do modo de vida. Corresponde à sociedade global, abrangendo modelos econômicos, processos políticos e mudanças históricas¹³. Esse nível define as características básicas do modelo assistencial e das políticas de saúde. Fica claro que o autor apresenta seus argumentos sob a ótica de um modelo de causalidade multinível e de sobredeterminação social. A lógica

fundamental é que os espaços superiores exercem uma determinação sobre os inferiores – não de forma mecânica, mas delimitando o ‘espaço de variedade possível’ do que pode ocorrer nos níveis abaixo¹³. Minayo foca na autodeterminação: o nível singular, associado à subjetividade, que é onde o sujeito vivencia o problema de saúde como uma ‘interrupção do discurso esperado da vida’¹. Para Minayo, o foco reside na capacidade do sujeito de dar sentido à sua experiência¹. A Epidemiologia Latino-Americana compreende de maneira distinta e mais elaborada. Castellanos contrapõe um modelo em que os processos do nível singular são expressões de processos biológicos e sociais mais amplos¹³. A autodeterminação do sujeito (seu ‘estilo de vida’) está subsumida (*subsumed*) ao seu ‘modo de vida’ (coletivo), que é determinado pela estrutura econômica e política (espaço geral – nível estrutural)¹³. À Castellanos juntam-se Breilh¹⁴ e Samaja⁹, cujas ideias centrais abordam essa mesma relação, em que um nível mais complexo da realidade (como a sociedade ou um grupo social) impõe suas condições e limites a um nível menos complexo (como um indivíduo ou um processo biológico).

Samaja adota o termo ‘totalização’ – originalmente, introduzido por Sartre – para enriquecer a noção clássica de totalidade. Enquanto uma ‘totalidade’ pode ser confundida com uma simples coleção de partes ou uma unidade estática, a totalização enfatiza o processo produtivo, reprodutivo e transformativo¹⁵. Ela não é algo ‘já dado’, mas um fim a ser atingido pela ação humana (práxis), que cria a comunidade e o universo. Nessa visão dialética, todas as coisas formam uma unidade onde a totalização (o todo) explica as partes, em vez de as partes simplesmente se somarem para criar o todo¹⁵. Assim, Samaja propõe redefinir a epidemiologia como o estudo do ser humano em seu incessante processo de totalização, visando à realização de seu ser social e livre¹⁵. Dessa forma, o autor utiliza o conceito de totalização para destacar que devem ser evitadas visões estáticas ou fragmentadas da saúde.

Cada novo nível de integração social (ex.: o Estado) suprime a autonomia absoluta do nível anterior (ex.: a tribo), mas conserva sua base e o supera ao integrá-lo em uma estrutura mais complexa. A mediação é a categoria utilizada por Samaja para conectar as dimensões singular (indivíduo), particular (grupos sociais) e geral (sociedade), descritas por Castellanos. Samaja argumenta que a simples causalidade é insuficiente; deve-se avançar para a noção de mediação, que implica uma ‘totalidade de caráter representacional’¹⁵. É aqui que o biológico é ‘ressignificado’ pelo social. A mediação se realiza através de ferramentas simbólicas¹⁵. A linguagem é ‘a comunidade em tanto falante’, e o direito constitui o ‘grande termo médio’ que expressa os vínculos das ações dos indivíduos entre si e com as coisas, transformando mandatos biológicos em coexistência social. A subjetividade não reside em um estrato específico, mas nas interfaces hierárquicas (as ‘fronteiras’ entre os níveis)¹⁵. Ela é a função de ‘apercepção’ que permite às partes de uma totalidade perceber sua posição e agir dentro do todo. Para Samaja, existe uma hierarquia sistematizada da integração social, ou seja, a relação entre essas categorias resulta em uma visão estratificada da realidade, onde podem ser descritas as seguintes relações: 1) de constituição (ascendente): os estratos inferiores (biológico/orgânico) constituem o substrato dos estratos superiores (comunal, político, societal); 2) de regulação (descendente): os estratos superiores medeiam e regulam a vida dos estratos inferiores através de determinação hierárquica; 3) de situação: o ambiente deixa de ser um mero entorno externo e se transforma em ‘situação’ – o vínculo histórico e semiótico que entrelaça o sujeito com suas mediações históricas¹⁵. Samaja¹⁵ complementa que a liberdade (ou autodeterminação) não existe como um fato da natureza, mas, sim, nas fronteiras entre os estratos do ser. Ela se manifesta como a apercepção subjetiva que cada integrante de uma totalidade deve ter para que a ação comunicacional seja possível¹⁵. Assim, mais um aspecto fundamental

no debate a respeito da sobredeterminação social nos é trazido por Samaja: a utilização do conceito de totalização (de Jean-Paul Sartre), para explicar que o ser humano está em um processo incessante de realizar seu ser social e livre, mas esse processo é condicionado pelos ‘pré-requisitos materiais de trabalho’ e pela ‘corporeidade orgânica e inorgânica’ (ambiente, máquinas, leis)^{9,15}. Breilh, Castellanos e Samaja convergem ao defender que a (sobre) determinação social da saúde é um processo de ordem estrutural e histórica, oriundo das práticas do capitalismo, especialmente do capitalismo neoliberal. Sobre essas questões refletem a Associação Latino-Americana de Medicina Social, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e o Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud:

A economia capitalista tem levado à precariedade do trabalho, a perda de direitos trabalhistas, a destruição de laços de solidariedade entre trabalhadores, e também tem levado a milhões de pessoas a informalidade, ao trabalho infantil e a tantos outros problemas¹⁶⁽⁴⁹⁶⁾.

É inerente à sociedade capitalista em termos de suas formas de propriedade, poder e divisão do trabalho, bem como as formas pelas quais a produção e reprodução próprias do capitalismo produzem diferenças abismais na qualidade de vida das diferentes classes sociais, gêneros e etnias¹⁷⁽⁵⁾.

Interseccionalidade, complexidade da causalidade multinível e (sobre)determinação social

As causas sociais são também chamadas de ‘determinantes sociais da saúde’, em virtude do paradigma reinante na segunda metade do século XX e por causa do trabalho de

Michael Marmot na Organização Mundial da Saúde (OMS). Apesar de constituir um avanço, ainda representa uma visão bastante influenciada pelo positivismo. Para Breilh¹⁴, o modelo da OMS reduz a saúde a ‘fatores de risco’ ou ‘causas de causas’ que fragmentam a realidade em variáveis isoladas. Em outras palavras: a determinação social da saúde vai muito além de determinantes isolados e fragmentados. A (sobre)determinação social da saúde enfatiza a produção social da saúde/doença/atenção à saúde (estruturas de reprodução social) em oposição à mera identificação de fatores distais¹⁵. As ditas causas sociais incluem ‘eventos estressantes na vida, status socioeconômico e estruturas sociais (como recursos materiais, educação, políticas públicas e assim por diante)’¹⁸. O novo paradigma, de organização e causalidade em múltiplos níveis, provoca-nos e compele a identificar as causas distais. Não só existe (sobre)determinação social, como existe interseccionalidade! A leitura do livro ‘Gender, Race, Class, and Health: Intersectional Approaches’, editado por Amy J. Schulz e Leith Mullings¹⁹, pode ser o ponto de partida para aquelas/aqueles que ainda desconhecem essa perspectiva. A definição central e a premissa apresentados no livro estabelecem que a interseccionalidade é uma abordagem que examina as maneiras pelas quais o gênero, a raça e a classe são mutuamente constituídos e interconectados¹⁹. A obra define que essas dimensões de desigualdade social não operam de forma independente ou meramente somada (como se fossem camadas separadas), mas se entrelaçam intimamente para criar sistemas simultâneos de privilégio e opressão¹⁹. O livro, publicado há quase 20 anos, revela como o ‘entrelaçamento de gênero, raça e classe’ (que vem sendo chamado de tripla inequidade) determina a ‘experiência de saúde e explica de forma mais convincente as disparidades de saúde do que as interpretações tradicionais dos fatores demográficos raça e etnia’¹⁹. A ideia é que a interseção desses fatores resulta em ‘novas identidades’ e possibilidades variadas de saúde/doença/eventos

relacionados à saúde/atenção à saúde¹⁹. O ponto central para essa discussão é que os pesquisadores tradicionalmente tentam isolar a raça e a etnia, controlando o gênero e a classe, em vez de analisar a confluência desses fatores. A nova proposição é explicar os resultados de saúde desta última maneira, chamada de abordagem interseccional ou intersetorial¹⁹, a qual postula que a convergência de vários status de minoria cria uma complexidade que não pode ser compreendida ou explicada sem o reconhecimento do efeito de sua interseção¹⁹. Em vez de caixas pretas, caixas chinesas!

Os estudos de interseção, operacionalizados como a combinação de mais de uma identidade social, não param de acrescentar dimensões. Assim é que Potter et al.²⁰ analisaram interseções de raça, gênero, idade e status socioeconômico e as implicações para a denúncia de discriminação e atribuições à discriminação.

Na introdução de sua revisão sistemática dos métodos usados para estudar o impacto cruzado do sexo e das localizações sociais nos resultados de saúde, Phillips et al.²¹⁽¹⁾ nos brindam com a seguinte frase:

[...] as circunstâncias sociais merecem ser levadas em consideração e delineadas com precisão na pesquisa epidemiológica, não apenas por causa de seu impacto pronunciado sobre a saúde, mas também porque muitas vezes são passíveis de mudança.

Não reconhecer a (sobre)determinação social também é problemático, pois as pessoas se eximem de lutar por mudanças sociais. Um resultado inesperado da revisão sistemática acima mencionada foi descobrir que poucos pesquisadores consideravam a interseccionalidade como um possível ‘indicador da saúde’²¹. Se esse nosso *paper* for um sinal de alerta nesse sentido, e quiçá um catalisador de mudança, ele terá cumprido seu papel.

Na sexta conferência da série de diálogos interdisciplinares ‘Philosophical Issues in Psychiatry’, a qual ocorreu em maio de 2023

na Universidade de Copenhague, Ross & Kendler¹⁸ advogaram o uso preciso dos termos ‘causas proximais e distais’, enfatizando que não só é possível como também é fundamental para conseguir captar como as ‘causas sociais’ influenciam a saúde/doença/eventos relacionados à saúde. Ross & Kendler¹⁸ não se limitam a criticar quando as causas biológicas são enfatizadas em detrimento das causas sociais, mas, também, quando as causas do corpo humano são privilegiadas sobre as causas ambientais remotas e nos casos em que as causas fisiológicas locais são priorizadas em relação às causas evolutivas distantes. Para adicionar complexidade à questão da determinação social, Ross & Kendler¹⁸ discutem como os fatores sociais podem desempenhar três tipos de funções causais: eles podem ser não apenas causas distais, mas também causas paralelas e causas proximais.

Conclusões

Para além das falácias mencionadas por Almeida-Filho², trazemos as considerações pertinentes de José Luiz Fiorin²². O autor, em seu excelente livro ‘Elementos de Análise do Discurso’, analisa o texto ‘Apólogo dos dois escudos’, de José Júlio da Silva Ramos. Cada um dos cavaleiros, colocado num determinado ponto do espaço (respectivamente, na frente e atrás), vê o escudo de uma maneira: um o vê como um objeto de ouro; o outro, como um objeto de prata:

Num nível um pouco mais abstrato, percebemos que o escudo é qualquer objeto de conhecimento. Temos aqui a passagem de um não saber a um saber. Com efeito, cada um dos sujeitos cognoscentes não tinha conhecimento do objeto até o momento em que o analisa de um ponto de vista²²⁽¹⁶⁾.

O saber de cada um a respeito do mesmo objeto é diferente, porque é condicionado pelo ponto de vista em que cada um se coloca para

apreendê-lo, estudá-lo, analisá-lo²². Tendo adquirido um saber a partir de uma certa perspectiva, cada um dos sujeitos atribui a seu conhecimento a marca da certeza e confere ao do outro a qualificação de equívoco, ou seja, cada um dos sujeitos considera seu saber como saber e o do outro como não saber:

Isso leva a uma polêmica, a urna confrontação, em que cada um pretende impor ao outro seu ponto de vista, em que cada um tenciona fazer o outro desqualificar o saber que havia adquirido anteriormente e aceitar o ponto de vista alheio como verdade. [...] O derviche, ao contrário, tendo-se dado ao trabalho de observá-lo de mais de um ângulo, sabe que o escudo é de ouro numa das faces e de prata na outra. [...] O derviche, ao ser informado da razão da contenda, mostra que eles não conheciam o objeto, mas um aspecto dele, e que, por isso, o saber de ambos era, ao mesmo tempo, certo e equivocada. [...] Aponta a necessidade de colocar-se em mais de uma perspectiva (= passar para o lado oposto) na análise de uma questão. Considerar um objeto de várias perspectivas leva à conciliação, que é o bom entendimento com os outros a partir da aceitação de seus pontos de vista. [...] A passagem da conjunção com um ponto de vista para a conjunção com múltiplos pontos de vista implica a substituição da polêmica pelo contrato, da confrontação pela conciliação²²⁽¹⁶⁾.

Por fim, fechamos essas considerações voltando a mencionar Louis Althusser, um autor autocrítico: dirige a si mesmo palavras para desconsiderar/desconstruir suas teorias. Althusser era, na prática, a metamorfose

ambulante cantada por Raul Seixas: “*eu prefiro ser essa metamorfose ambulante do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo*”. Fundamental para qualquer cientista essa reavaliação, ainda mais quando existe um corpo de evidências robusto dizendo o contrário. A atitude Althusseriana e de responsabilidade intelectual seria incorporar a (sobre)determinação social aos seus conceitos e escritos. As caixas pretas e o mundo em preto e branco não são modelos adequados para se considerar questões complexas como a (sobre)determinação social. Por outro lado, a interseccionalidade se alinha perfeitamente com estudos de determinantes sociais da saúde, epidemiologia do curso de vida e Ecoepidemiologia. A minha intenção primeira com este texto é oferecer essas linhas, da mesma forma que o derviche do apólogo, para conduzir ao entendimento – inclusive, dos modelos epidemiológicos – à conscientização/estímulo da necessidade de mais pesquisas que considerem a interseccionalidade e a tratem de forma metodologicamente adequada. Em segundo lugar, conduzir ao necessário acordo, diante das evidências massivas a respeito de (sobre)determinação social. Evidências essas originadas de diversas disciplinas, que incluem, mas não se limitam a Epidemiologia, Ciências Sociais e Saúde (Coletiva). Sobredeterminação social, sim!

Contribuições de autoria

Corrêa PCRP (0000-0001-7108-0640)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Minayo MCS. Determinação social, não! Por quê? *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00040121. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040121>
2. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00040321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040321>
3. Breilh J. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00040421. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040421>
4. Minayo MCS. Dialogando sobre o conceito de determinação social. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00040521. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040521>
5. Ianni AMZ. Saúde coletiva e historicidade do conhecimento: teoria, interdisciplinaridade e o sujeito contemporâneo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00040221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040221>
6. Borde E. A determinação social dos processos saúde-doença em questão: disputas de narrativas no campo da saúde coletiva. In: Andrade MAC, Sodré F, Rocon PC, organizadores. *Desigualdades sociais em saúde: debates contemporâneos para construção de políticas públicas* [Internet]. Porto Alegre, RS: Rede Unida; 2024 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/01/Livro-Desigualdades-sociais-em-saude.pdf>
7. Althusser L. *The future lasts forever: a memoir*. Corpet O, Boutang YM, editores. New York: New Press; 1993.
8. Frérôt M, Lefebvre A, Aho S, et al. What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208442. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208442>
9. Samaja J. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología “miltoniana”). *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(2):105-120. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000200005>
10. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-1104. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
11. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health*. 1996;86(5):674-677. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.674>
12. March D, Susser E. The eco- in eco-epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2006;35(6):1379-1383. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyl249>
13. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. *Bol Epidemiol*. 1990;10(4):1-7.
14. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. In: *Memorias del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud* [Internet]. 2011 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%2C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>
15. Samaja J. *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
16. Alames; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos sociais. *Saúde Debate*. 2011;35(90):496-498. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420110496-pt>
17. Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?: memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes

- Sociales de la Salud [Internet]. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://elagoraasociacioncivil.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/10/determinantes-sociales-de-la-salud.pdf>
18. Ross LN, Kendler KS. Proximal and distal causes in medicine. In: Philosophical Issues in Psychiatry VI [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 31]. Disponível em: <https://philsci-archive.pitt.edu/22849>
19. Schulz AJ, Mullings L, editores. Gender, race, class and health: intersectional approaches. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006.
20. Potter L, Zawadzki MJ, Eccleston CP, et al. The intersections of race, gender, age, and socioeconomic status: implications for reporting discrimination and attributions to discrimination. *Stigma Health*. 2019;4(3):264-281. DOI: <https://doi.org/10.1037/sah0000099>
21. Phillips SP, Vafaei A, Yu S, et al. Systematic review of methods used to study the intersecting impact of sex and social locations on health outcomes. *SSM Popul Health*. 2020;12:100705. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100705>
22. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. 14ª ed. São Paulo: Contexto; 2008.

Recebido em 16/07/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli Iola Gurgel Andrade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - e-mail: iola@medicina.ufmg.br