Anna Larice Meneses Galvão

Determinantes sociais e estruturais do processo saúde-doença: uma revisão de escopo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Olinda do Carmo Luiz

(Versão corrigida. Rsolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2019

Anna Larice Meneses Galvão

Determinantes sociais e estruturais do processo saúde-doença: uma revisão de escopo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.ª Dra.ª Olinda do Carmo Luiz

São Paulo

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Galvão, Anna Larice Meneses
Determinantes sociais e estruturais do processo saúde-doença : uma revisão de escopo / Anna Larice Meneses Galvão. -- São Paulo, 2019.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Olinda do Carmo Luiz.

Descritores: 1.Determinantes sociais da saúde 2.Políticas de saúde 3.Disparidades nos níveis de saúde 4.Acessibilidade aos serviços de saúde 5.Serviços de saúde

USP/FM/DBD-174/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que sempre me deram asas para voar, acreditaram em mim, nas minhas escolhas e me guiaram para o caminho da justiça social.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus. Para mim, a fé, independentemente de religião, é o que move montanhas e diminui as dificuldades.

Meus sinceros agradecimentos à minha orientadora, professora Doutora Olinda do Carmo Luiz, que além de trabalhar horizontalmente nas relações com seus alunos, foi paciente, parceira, compreensiva e presente nas horas que precisei.

A todas as professoras e professores, de fora e de dentro do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, que enriqueceram ainda mais minha compreensão sobre o campo da Saúde Coletiva.

Ao meu companheiro, Orlando Lima Pimentel, que esteve ao meu lado todo o tempo, dando-me apoio e sendo leitor dos meus textos quando eu precisava, além de me ajudar muito na parte de informática. Você foi fundamental para eu conseguir chegar até aqui.

Aos meus amigos que de alguma forma, direta ou indiretamente, ajudaram-me na escrita e fizeram-me companhia nos momentos necessários, em especial, a Tania Yuka Yuba, Andrezza Gomes Peretti, Isa Sorrentino, Liza Uchimura, Jennifer do Vale Silva, Fabianny Tomaz Sitonio e Paula Morena.

À minha família, primordialmente, a meus pais, Adriana Meneses Sousa Galvão e João da Silva Galvão Neto, que foram fundamentais em todo o período da escrita, ajudando-me a resolver burocracias acadêmicas, dando-me força para lidar com as dificuldades e incentivando os meus sonhos. Sem vocês, não teria conseguido.

Às amizades, de infância e das graduações, que ainda permanecem, em especial, a Daniela Matias Marinho Amorim, Vivianne Aquino dos Santos, Giovana Costa Souza, Camila Clara Aguiar e Jéssika Joyce.

A todos que, de alguma forma, ajudaram-me nesse período.

À CAPES, pela bolsa do Mestrado no País.

“Se eu não pensasse que vivo para alguma coisa maior do que minha própria vida, sem dúvida seria incapaz de viver”

Milan Kundera

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:
Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.* Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo *com List of Journals Indexed in IndexMedi*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS
LISTA DE FIGURAS
LISTA DE QUADROS
RESUMO
ABSTRACT
APRESENTAÇÃO
1 INTRODUÇÃO 1
1.1 Explicações para o processo saúde-adoecimento 1
1.2 Determinantes Sociais da Saúde 8
1.3 Determinantes Estruturais e Intermediários 23
2 JUSTIFICATIVA 27
3 OBJETIVO 28
4 PERCURSO METODOLÓGICO 29
4.1 Etapas da revisão 29
4.2 Identificação e desenvolvimento das questões de pesquisa 30
4.3 Localização de publicações relevantes 30
4.4 Critério de inclusão 31
4.5 Critérios de exclusão 31
4.6 Seleção dos artigos 32
4.7 Metodologia da análise 32
4.8 Extração dos dados 33
5 RESULTADOS 34
5.1 Resultados na exploração da literatura 34
5.2 Descrição dos artigos 38
6 DISCUSSÃO 50
6.1 Disparidades, desigualdade e iniquidade em saúde 50
6.2 Racismo, gênero, classe social e migração 52
6.3 Interseccionalidade 59
6.4 Uma agenda para equidade 63
7 OBSTÁCULOS E DESAFIOS 68
7.1 Intersetorialidade 68

7.2 Liberalismo econômico e mercado 68
7.3 Participação da população 70
7.4 Avaliações reflexivas 70
7.5 Segregação e saúde 71
7.6 Acesso à informação 71
8 CONCLUSÃO 73
9 ANEXO 75
9.1 Aprovação do Comitê de Ética da FMUSP 75
10 REFERÊNCIAS 76

LISTA DE SIGLAS

BME	Black and Minority Ethnic
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PNAD	Programa Nacional por Amostra de Domicílio
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgreen e Whitehead 9

Figura 2 – Determinantes Sociais: Modelo de Diderichsen e Hallqvist..... 10

Figura 3 – Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. 24

Figura 4 – Desenho do estudo 35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exploração da literatura com as duplicatas 34

Quadro 2 – Dados gerais dos estudos da revisão de escopo 36

RESUMO

Galvão ALM. *Determinantes sociais e estruturais do processo saúde-doença:* uma revisão de escopo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: O processo saúde-doença está intrinsecamente conectado com as condições concretas de vida e com as diversas realidades sociais, acarretando o forte vínculo entre a situação de saúde e os fatores históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. A formulação sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) busca ampliar o enfoque sobre as condições de vida e bem-estar, salientando a distribuição de renda, as condições de vida e trabalho, as redes de suporte social, entre outros, como fatores que afetam a qualidade de vida. Os DSS buscam, assim, evitar a análise fragmentada, englobando a concepção de Determinantes Estruturais. Estes procuram compreender as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio na origem dos problemas de saúde. Assim, a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda e o preconceito de gênero e raça são considerados na proposição de políticas de saúde. **OBJETIVO**: Sistematizar o conhecimento a respeito dos DSS e seus componentes Estruturais e Intermediários, segundo o potencial para contribuir na elaboração de políticas sociais e de saúde. **MÉTODO**: Trata-se de uma pesquisa de revisão de escopo (Scoping Review), metodologia que amplia e aprofunda o mapeamento e a síntese do conhecimento. As etapas foram: identificação da questão de pesquisa e dos estudos relevantes; seleção dos estudos; extração de dados; separação, sumarização, relatório e comunicação dos resultados. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados eletrônicas: Web of Science, CINAHL, Scopus, LILACS e Pub-Med, que engloba o MEDLINE. Adicionalmente, foi realizado levantamento específico nas revistas: International Journal of Epidemiology, Journal of Epidemiology and Community Health, American Journal of Public Health e American Journal of Epidemiology. **RESULTADOS**: Após a retirada das duplicatas, foram localizados 752 artigos; e após a triagem, 19 artigos foram analisados em profundidade. Dentre os países nos quais as pesquisas selecionadas foram desenvolvidas, destacaram-se Estados Unidos e Inglaterra com seis e quatro publicações respectivamente (31,6% e 21%) seguidos de três publicações no Canadá (15,7%), duas no Brasil (10,5%), duas na Nova Zelândia (10,5%), duas na Austrália (10,5%) e uma no México (5,2%). As discussões sobre os Determinantes Estruturais da saúde são mais recentes. A análise permitiu tratar das diferenças entre termos comumente utilizados, como desigualdade, disparidade e iniquidade. Os marcadores sociais da diferença mais problematizados na formulação dos DSS Estruturais foram: racismo,

gênero, classe social e situação migratória. Por serem os marcadores sociais mutuamente construídos, a perspectiva teórica da interseccionalidade foi apresentada como recurso metodológico para entender suas inter-relações. **CONCLUSÃO**: Foi possível identificar neste trabalho uma agenda síntese que perpassa ações na área econômica, propondo a redistribuição da riqueza; políticas públicas intersetoriais e mudanças no arcabouço jurídico, destacando que os determinantes sociais são mais bem compreendidos quando se reconhece a dialética entre contextos específicos e os macrodeterminantes políticos e econômicos, identificando os diferentes significados e consequências para a saúde.

Descritores: Determinantes sociais da saúde; Políticas de saúde; Disparidades nos níveis de Saúde; Acessibilidade aos serviços de saúde; Serviços de saúde.

ABSTRACT

Galvão ALM. *Social and structural determinants of the health-disease process:* a scope review [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

INTRODUCTION: The health-disease process is intrinsically connected with concrete conditions of life and with the diverse social realities, which brings about the strong ties between the health situation and historical, social, economical, cultural, and biological factors. The formulation of Social Determinants of Health (SDH) seeks to broaden the focus on conditions of life and well-being, emphasizing the distribution of income, the work and life conditions, the net of social support, among other factors that affected the quality of life. SDH seek, in this way, to avoid a fragmented analysis, embodying the conception of Structural Determinants, which seek to comprehend the conditions of distribution of wealth, power, and prestige in the origins of health problems. Thus, the structure of social classes, the distribution of income, and the prejudice of gender and race are taken into account in the proposition of health policies. **OBJECTIVE:** systematizing knowledge about the SDH and their structural components, according to the potential to contribute in the elaboration of social and health policies. **METHODOLOGY**: The following research employs the Scoping Review Methodology, which enlarges and deeps the mapping and the synthesis of knowledge. The phases of our work were the following: identification of the research issue and relevant studies; selection of the studies; extraction of data; division, summarization, reports, and communication of results. The following electronic databases were researched: Web of Science, CINAHL, Scopus, LILACS, and Pub-Med, which comprehends MEDLINE. Additionally, specific journals were surveyed: International Journal of Epidemiology, Journal of Epidemiology and Community Health, American Journal of Public Health, and American Journal of Epidemiology. **OUTCOMES**: After removing the duplicates, 752 articles were found, and after the screening 19 articles were analyzed in depth. Among the countries in which the selected researches were conducted, the following are noteworthy: England and the USA with four and five publications respectively (21% and 26,3%), followed by three publications in Canada (15,7%), two in Brazil (10,5%), two in New Zealand (10,5%), two in Australia (10,5%) and one in México (5,2%). The discussions on Structural Determinants of Health are more recent. The analysis allowed us to treat the differences among terms commonly used, such as inequality, disparity, and inequity. The social markers of difference more problematized in the formulation of the Structural SDH were racism, gender, social class, and migration situation. For being social markers mutually built, the theoretical perspective of intersectionality was presented as a methodological resource to understand its inter-relations. **CONCLUSION**: This work was able to identify a synthesis-agenda, which passes through actions in the economical field, proposing the redistribution of wealth, intersectoral public policies, and changes in the juridical

frame, emphasizing that the social determinants are better comprehended when the dialectics between specific contexts and the political-economical macro-determinants are acknowledged, identifying the different meanings and consequences for Health.

Descriptors: Social determinants of health; health policies; Health status disparities; Health services accessibility; Health services.

APRESENTAÇÃO

A trilha percorrida para chegar ao tema dos Determinantes Sociais começou na minha primeira graduação em Enfermagem. Na ocasião, tive a oportunidade de me aproximar da atenção básica e da gestão. Querendo perscrutar mais, fiz a graduação em Saúde Coletiva (Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde), que me influenciou generosamente a entrar na área de saúde pública e a conhecer mais o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, especializei-me em gestão do trabalho e educação na saúde. A especialização me proporcionou maior conhecimento sobre os serviços, instigando-me a questionar várias situações no que diz respeito às necessidades dos usuários dos serviços. Na minha graduação em Saúde Coletiva, estagiei na Secretaria Municipal de Saúde, o que acabou por se constituir no divisor de águas para o caminho da saúde pública.

Antes de entrar no Mestrado, tive a oportunidade de participar, na Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo, da pesquisa do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) do Ministério da Saúde, na qual fui avaliadora para o município de São Paulo. Assim, o interesse em estudar as necessidades de saúde da população usuária do SUS cresceu ainda mais. Por conseguinte, durante o mestrado, fui descobrindo a amplitude desse tema com os trabalhos realizados para participar de congressos e descortinando a inerente relação com os indicadores de saúde e os determinantes sociais.

O primeiro evento do qual participei como expositora foi o III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Abrasco, realizado

na cidade de Natal. O trabalho foi apresentado na modalidade Pôster com o título “Reflexões sobre a interface entre os serviços de saúde e a epidemiologia no Brasil: produção científica de 1998 a 2016”. O segundo foi a Conferência Association Latine Pour L’Analyse dês Systemès de Santé (ALASS) na Universidade de Liège, na Bélgica. O trabalho apresentado na modalidade Pôster teve como título “Epidemiologia e planejamento em saúde: reflexões sobre custos e qualidade da atenção”. Já o terceiro foi o 10º Congresso de Epidemiologia da Abrasco na cidade de Florianópolis. O trabalho, também na modalidade Pôster, foi denominado “Interface entre a produção científica epidemiológica e as políticas de Saúde”.

Entre o amplo espectro das questões relacionadas com os serviços, como também entre tantas leituras realizadas para os trabalhos citados, o tema Determinantes Sociais da Saúde foi escolhido para o presente trabalho por demandar integração de conhecimentos e articulação dos diversos saberes que tomam o contexto social da população como objeto.

1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia consolida “o saber científico sobre a saúde humana, sua determinação e consequências, subsidiando largamente as práticas em saúde” (Almeida Filho; Rouquayrol, 2006, p. 3). As pesquisas na área da epidemiologia desenvolvem o conhecimento sobre os determinantes do processo saúde-doença, bem como desenvolvem metodologias para a análise das situações de saúde de populações.

O conceito central do processo saúde-doença caracteriza a doença e a saúde como componentes integrados de modo dinâmico com as condições concretas de vida da população e suas diversas realidades sociais. Assim, a situação de saúde está intrinsecamente vinculada aos fatores históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (Rouquayrol, 1993; Goldbaum, 1996; Almeida Filho; Rouquayrol, 2006; Czeresnia et al., 2013).

1.1 Explicações para o processo saúde-adoecimento

Explicações para os acontecimentos se transformam ao longo de cada época. A busca para a compreensão dos processos e fatores dos determinantes do adoecimento e da morte está presente ao longo do tempo histórico segundo o contexto social em que é formulada. É importante perceber que a existência das diferentes explicações do processo saúde-doença e do cuidado são feitas desde a antiguidade (Almeida Filho; Roquayrol, 2006).

Em um enfoque geral:

> A história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens. Historiadores e sociólogos há muito tempo vêm analisando instituições assistenciais e políticas de saúde, determinando a evolução das epidemias e descrevendo as principais fases em “saúde coletiva”. À medida que o Estado de Bem-estar Social foi tomando forma, a saúde se tornou um tema político; e o “homem doente” desapareceria sob o exame atento da ciência (Herzlich, 2004).

Alguns autores descrevem o panorama histórico dividido em: Modelo Mágico-religioso ou Xamanístico, Modelo Holístico, Modelo Empírico-racional (Hipocrático), Modelo da medicina científica Ocidental (biomédico), Modelo sistêmico, Modelo da História natural das doenças (modelo processual) e a Determinação do processo saúde-doença (Almeida Filho; Rouquayrol, 2006; Herzlich, 2004; Ceballos, 2015).

O Modelo Mágico-religioso ou Xamanístico estabelece uma relação da saúde-doença com a religião. As doenças são entendidas como consequências tanto dos elementos naturais quanto dos espíritos sobrenaturais.

O Modelo holístico, decorrente da medicina hindu e chinesa, faz emergir noção de equilíbrio, ou seja, a saúde é vista como um equilíbrio entre os elementos que compõem o organismo humano. A doença seria o desequilíbrio relacionado, muitas vezes, com o ambiente físico. A relação entre o ambiente físico e as doenças embasa também a teoria dos Miasmas formulada por Thomas Sydenham e Giovanni Maria Lancisi. Essa teoria postulava que as doenças resultavam em contaminações por odores fétidos provenientes de matéria orgânica em putrefação nos solos e nos lençóis freáticos e transportados pelos ventos (Silva et al., 2016).

O modelo empírico-racional ou hipocrático se contrapõe às explicações sobrenaturais para a origem do universo, da vida, da saúde, bem como da doença.

O modelo de Medicina Científica Ocidental, também chamado biomédico, tem sua origem no pensamento cartesiano, investigando os fenômenos complexos em partes menores para serem compreendidos. É a partir dessa concepção que se desenvolve a prática médica e a ideia de cura de forma, muitas vezes, apontada criticamente como fragmentada (Almeida Filho; Rouquayrol, 2006).

O Modelo Sistêmico pretendeu ser uma forma mais abrangente de olhar o processo saúde-doença, propondo o sinergismo multifatorial na determinação de doenças.

O Modelo da história natural das doenças é o da busca por explicações causais da ocorrência das doenças. A partir das formulações de Leavell e Clarck, em 1976, a doença é explicada por meio dos processos interativos entre os sujeitos, o meio ambiente e os agentes patológicos. Esse modelo abriu um leque de possibilidade para pensar promoção e prevenção da saúde (Almeida Filho; Rouquayrol, 2006).

Em uma perspectiva diferente daquela que organiza as concepções sobre saúde e doença na forma de modelos, alguns autores destacam a importância do surgimento da Medicina Social e sua contribuição para discutir os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Para compreendê-la, reportam o contexto histórico e social em que surgiu.

O período da Revolução Industrial proporcionou várias mudanças na forma do trabalho e nas condições de vida da classe trabalhadora, criando as condições para emergir a ideologia socialista. Ademais, foi nesse contexto que;

> [...] Um desses socialistas se destacou por interpretar a política como medicina da sociedade e a medicina como prática política, iniciando um movimento organizado para a politização da Medicina na França e na Alemanha. Desde então o termo “medicina social”, proposto por Guérin em 1838, tem servido para designar, de uma forma genérica, modos de tomar coletivamente a questão da saúde (Almeida Filho; Rouquayrol, 2006, p. 17).

Os intelectuais e lideranças políticas europeias passaram a fazer as primeiras relações entre a situação de saúde/doença com as condições de alimentação, trabalho, habitação e sanitárias, dentro do processo de crescimento das cidades devido à forte urbanização proporcionada pela Revolução Industrial (Czeresnia et al., 2013).

Dando um salto para a década de 1970, o relatório conhecido como “Lalonde”, em 1974, foi creditado como o primeiro documento de governo que identifica fatores externos ao sistema de saúde na determinação do processo saúde-doença. Esse relatório influenciou o surgimento das discussões sobre os DSS. Ele é considerado o primeiro documento governamental ocidental que passou a reconhecer fatores para além das características biológicas na ocorrência das doenças, com o intuito de melhorar a saúde dos povos (Graham, 2004).

Em setembro de 1978, houve a Conferência de Alma-Ata, proclamada pela Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, e é assim entendida:

> A Conferência enfatiza que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978, p. 1).

Na década de 1980, na cidade de Ottawa, no Canadá, houve a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em que foi apresentada sua carta de intenções, na qual foram descritas contribuições de “Saúde para Todos no ano 2000” (Carta de Ottawa, 1986).

Nessa mesma década, o Brasil foi marcado pelo Movimento da Reforma Sanitária, expresso na VIII Conferência Nacional de Saúde, que influenciou a redação do capítulo da saúde da Constituição de 1988. Nela, o art. 196 destaca a saúde como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Frisando a análise da política de saúde brasileira nesse período:

> Ao se analisar a política de saúde nos anos 90, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde. A necessidade de concretização da agenda progressista construída pelo movimento sanitário dos anos 80 e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, indicam o grau dessa complexidade.
>
> Se por um lado o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS estará em

> contínua tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais (Levcovitz et al., 2001).

A agenda da Reforma Sanitária brasileira estava sendo consolidada em um período hegemônico nos anos 1980, e a implantação do SUS, nos anos 1990, deu-se em uma conjuntura considerada adversa, sendo observados tanto avanços como dificuldades nos diversos âmbitos estratégicos para a sua implantação (Levcovitz et al., 2001).

Em 2005, no Brasil, ainda se notavam persistentes problemas de saúde, sendo identificados baixos níveis de saúde, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e elevada taxa de desigualdades socioeconômicas. Dessa forma, para a garantia do direito universal ao cidadão, foi estimulada a realização do VIII Simpósio da Câmara Federal sobre Política Nacional de Saúde em 2005 (Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 2005).

No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH) para conduzir o enfrentamento das desigualdades em saúde e promover estudos para recomendar políticas para a promoção da equidade. (Chapman, 2010; Buss; Pellegrini Filho, 2007; Rocha, 2011).

Nessa Comissão, foi discutida a construção de evidências globais sobre os determinantes sociais da saúde; o seu impacto na desigualdade de países em todos os níveis de renda e desenvolvimento, com recomendações para enfrentar a desigualdade e estabelecendo uma série de grupos temáticos: “globalização, desenvolvimento da primeira infância, condições de emprego, equidade de gênero, exclusão social, sistemas de saúde, condições prioritárias

de saúde pública, configurações urbanas e medidas e evidências” (Chapman, 2010).

Ao completar um ano da criação da Comissão Mundial, o Brasil se apressa para participar da iniciativa: em Brasília, é organizada a 1ª Reunião da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), preocupada com o combate às iniquidades em saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2006).

Acompanhando as diretrizes da Comissão da OMS, a CNDSS afirma que as ações políticas devem priorizar os principais pontos que afetam os Determinantes Sociais de cada país ou região, ressaltando as ações direcionadas para reduzir a exclusão social, as desigualdades de gênero, a vulnerabilidade, a exposição às más condições de trabalho, o rápido crescimento urbano e a globalização (Rocha, 2011).

Em outubro de 2011, ocorreu a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Foi a maior Conferência da OMS sobre Saúde Pública, desde Alma-Ata, em 1974, quando foram debatidas as intervenções sobre os DSS (OMS, 2011; Carvalho, 2013; Krech, 2012).

Essa Conferência foi organizada em três seções: a primeira sobre a implementação de políticas coerentes para o desenvolvimento da saúde e para o combate às iniquidades em saúde; a segunda acerca de desafios políticos a serem enfrentados enquanto se caminha com a agenda dos determinantes sociais; e a terceira no tocante a uma visão geral relativamente mais técnica de como implementar ações sobre os Determinantes Sociais (OMS, 2011).

Essas seções mostraram como é necessário que as ações sobre os DSS sejam implementadas em todos os setores da sociedade (OMS, 2011). “Ilustram os principais mecanismos de apoio aos países para que incorporem abordagens ligadas aos Determinantes Sociais em suas políticas e implementem essas políticas em todos os setores” (OMS, 2011, p. 6).

1.2 Determinantes Sociais da Saúde

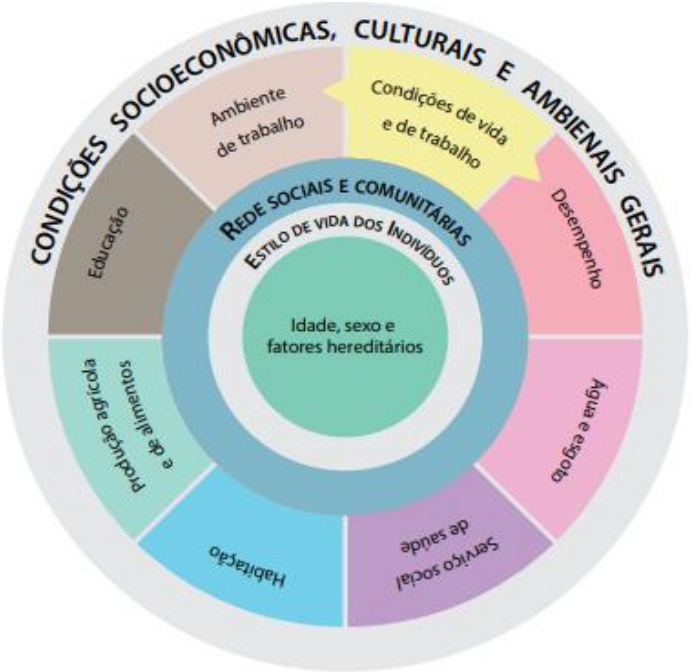
Os DSS trazem a concepção holística do processo saúde-doença; e quando tomados pela Promoção da Saúde, intencionam construir articulações com outros setores, conhecimentos e saberes (Czeresnia et al., 2013; Souza, 2015).

Essa visão ampliada se refere às condições de vida e bem-estar social. Salienta que a distribuição de renda, as condições de vida e trabalho, as redes de suporte social, entre outros fatores, afetam a qualidade de vida. Busca, assim, evitar a análise fragmentada dos problemas de saúde (Souza, 2015).

Assim, os DSS são as condições em que as pessoas “nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (Chapman, 2010; Krech, 2012). Para Buss e Pellegrini Filho (2007), os DSS são fatores relacionados com as condições “sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 78).

Os Determinantes Sociais são importantes para entender como a saúde é sensível ao ambiente social e funcionam como um elemento de justiça social, dessa forma, um importante desafio da saúde coletiva. Buss e Pellegrini Filho

(2007) analisaram em seu artigo o esquema de relações entre os diversos fatores e seus enfoques. Segue abaixo uma figura dos Determinantes Sociais do modelo de Dahlgreen e Whitehead:

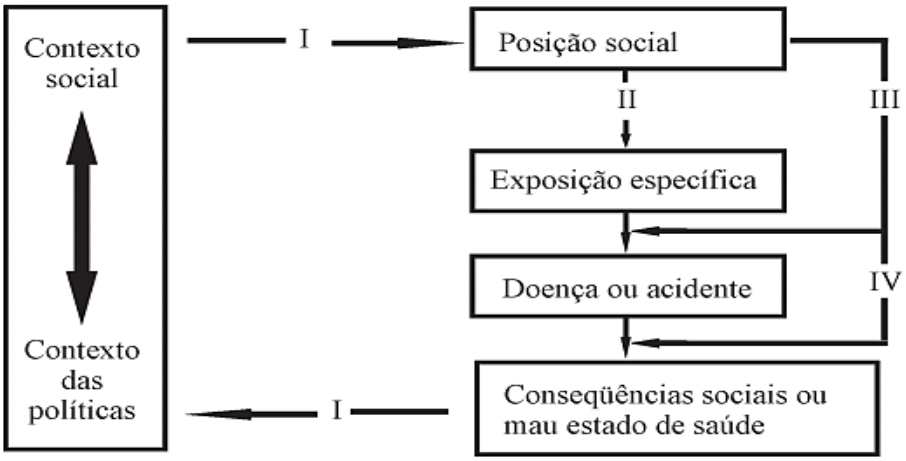


Fonte: Buss PM, Pellegrini Filho A, 2007, p. 84, adaptado.

Figura 1 – Determinantes Sociais: modelo de Dahlgreen e Whitehead

Esse modelo apresenta os DSS em diferentes camadas, “desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 83).

Outro modelo, o de Diderichsen e Hallqvist permite identificar pontos para intervenções políticas:



Fonte: Buss PM, Pellegrini Filho A, 2007, p. 84, adaptado.

Figura 2 – Determinantes Sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist

Esse modelo enfatiza as distintas posições no contexto social:

> (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); e o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (IV). Por "consequências sociais" entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 85).

Tanto na literatura nacional como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (Almeida Filho; Roquayrol, 2006).

Dessa forma, o estudo social do processo saúde-doença deve se preocupar pelo modo como o processo biológico ocorre socialmente, pois o modo de viver em sociedade também determina os transtornos biológicos (Laurell, 1982), ou seja, nas palavras de Krech (2012), é compreender as "causas das causas" na ocorrência das doenças.

A ênfase nos DSS reflete o crescente entendimento de que a saúde das populações, comunidades e indivíduos requer mais do que a disponibilidade de cuidados médicos. O trabalho com os múltiplos setores, além dos cuidados

individuais, conduz à melhores resultado (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Krech, 2012).

Podemos ter como exemplos desse entendimento da saúde da população pelo olhar dos DSS a seguinte reflexão: oferecer tratamento às pessoas com diabetes nos países de rendimentos médios, e não tratar os estimuladores de epidemia da obesidade; dar educação em saúde, e não se preocupar com a pobreza; ou tratar das doenças relacionadas com o estresse e ignorar as condições em que as pessoas vivem e trabalham, são exemplos que ressaltam a importância dos DSS e o cuidado para além da assistência nos serviços de saúde (Who, 2008).

Carvalho e Buss, (2008) ressaltam que o adoecimento e a vida saudável não dependem exclusivamente de aspectos físicos ou genéticos, mas também da relação com fatores sociais, econômicos e culturais. Esses fatores influenciam intrinsecamente a forma como as pessoas vivem e no acesso à saúde.

Rocha (2011) faz o seguinte questionamento: “por que as pessoas adoecem?” E “por que as pessoas adoecem diferentemente uma das outras?”. Tais perguntas norteiam esta investigação e são pertinentes para entender a doença do indivíduo e da população para além de fatores hereditários e biológicos.

A concentração de renda é um dos fatores que impactam sobre as diferentes formas de adoecer e sobre a situação de saúde (Laurell, 1982; Buss; Pellegrini Filho, 2006; Barata, 2005). As doenças podem se desenvolver a partir do modo de vida inserido em certas condições econômicas e sociais (Câmara et al., 2012; Harrison; Dean, 2011; Braveman et al., 2011a; Graham, 2004). Ou

seja, o tema Determinantes Sociais realça a discussão sobre as desigualdades sociais (Graham, 2004).

Ademais, a construção crítica de conhecimento relacionada com os DSS foi crescendo em vários lugares, explorando caminhos e mecanismos biológicos, fornecendo fundamento científico anteriormente não disponível para apreciar o papel fundamental dos fatores sociais na saúde (Braveman et al., 2011a).

Uma das condições mais nefastas e sistêmicas dessas desigualdades é a pobreza, um dos efeitos sociais intimamente ligados ao desemprego, aos baixos salários, à baixa escolaridade, às dietas inadequadas, à má qualidade dos domicílios e aos problemas psicossociais, como estresse e instabilidades (Santos, 2011; Barros et al., 2000; Chapman, 2010).

As pessoas mais expostas às condições de pobreza são também aquelas mais vulneráveis do ponto de vista da saúde, seja por condições habitacionais insalubres, trabalho estressante ou menor acesso aos serviços de saúde (Rocha, 2011; Laurell, 1982). À vista disso, tendem a apresentar maior prevalência de fatores de risco, como fumo e dieta inadequada (Câmara et al., 2012; Buss; Pellegrini Filho, 2006; Marmot; Allen, 2014; Chapman, 2010).

O Brasil apresenta ainda graves injustiças na distribuição da riqueza, existindo uma parte da população vivendo em condições de pobreza sem acesso às mínimas condições e bens essenciais (Buss; Pellegrini Filho, 2006). De acordo com o IBGE, o Brasil é classificado como um país de alta desigualdade de renda (IBGE, 2016). A pesquisa Programa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) mostra que, em 2016, metade dos trabalhadores tinham renda média inferior a um salário mínimo (IBGE, 2016).

Como uma das áreas da epidemiologia social, a concepção dos DSS conforma um importante instrumento para entender as desigualdades em saúde, permitindo, assim, maiores impactos na atuação dos serviços de saúde (Barata, 2013; 2009).

Vários autores destacam que a abordagem do processo saúde-doença se dá pelos estudos das desigualdades e que é preciso analisar a determinação fundamental das doenças produzidas socialmente (Trostle, 2013; Barata, 2005; Breihl; Granda, 1989).

Alguns autores informam o olhar do processo saúde-doença para além da classe social. Troslte (2013) explicita que não são somente as condições socioeconômicas que interferem no estado de saúde dos indivíduos. O autor usa uma metáfora para explicar esse processo, exemplificando com o afundamento do “Titanic”. Para ter acesso aos botes salva-vidas, a tripulação teve que considerar “a estratificação de classe social que se manifestou na separação entre passageiros de primeira classe e terceira classe e a estratificação por idade e gênero” (Trostle, 2013, p. 78). Ou seja, demonstrando que o ambiente e as regras socioculturais de comportamentos podem indicar como as pessoas morrem.

Enfoque semelhante é apresentado por Bartley et al. (2006), que priorizam a visão da saúde pública dando ênfase à prevenção. Segundo os autores, é importante entender a dinâmica como o ambiente social impacta os processos biológicos para causar doenças. As circunstâncias materiais estão relacionadas diretamente com a saúde por meio do ambiente de trabalho e, principalmente, pela localização geográfica e circunstâncias históricas da população em questão.

As condições de um indivíduo dependem do seu contexto, pois morar em uma área com alta taxa de desemprego e com altos níveis de privações interfere no seu potencial de mobilidade (Shaw et al., 2006).

A exclusão social, em muitas áreas, supera a pobreza na determinação do processo saúde e doença:

> “Pobreza” enfatiza a falta de recursos econômicos, e o termo “privação relativa” enfatiza as condições de vida. “Exclusão social” refere-se não apenas às dificuldades econômicas da pobreza econômica relativa, mas também incorpora a noção do processo de marginalização – como os indivíduos vêm, através de suas vidas, serem excluídos e marginalizados de vários aspectos sociais (Shaw et al., 2006, p. 208).

Os processos de exclusão são multidimensionais e dinâmicos, pois estão ligados ao desemprego, baixa renda, condições de moradia, níveis de educação e oportunidades, discriminação, cidadania e integração na comunidade local. Com isto, os autores relatam que não há “uma exclusão social”, e, sim, “muitas exclusões sociais”, existindo graus de exclusão (Shaw et al., 2006).

Trazendo o contexto de “muitas exclusões sociais”, uma das populações que se encontram, muitas vezes, em situação vulnerável são os imigrantes de países em conflitos. Refugiados e pessoas deslocadas internacionalmente experimentam riscos elevados de mortalidade no período após sua migração. As tensões que acompanham esse processo, experiências traumáticas passadas, a perda de familiares e amigos e a interrupção das redes de apoio social, e os problemas de se instalarem num novo ambiente, terão também um impacto em várias dimensões (Shaw et al., 2006). Também pode ser afetada a saúde mental, já que teriam que renegociar as identidades culturais.

Comparando a forma de viver antigamente com a atual, a globalização seria um ponto de interferência para o corpo e para a saúde. Os estressores psicossociais aumentam progressivamente nos estratos sociais dos países industrializados. Outrossim, o acúmulo dessas desvantagens psicossociais é uma área bastante negligenciada da prevenção em saúde pública e das políticas sociais, principalmente no ambiente da primeira infância dessa população (Marmot; Wilkinson, 2006).

Assim, é necessária a construção de uma política que desenvolva e melhore a saúde na infância. Como exemplo, os autores apontam que: “A renda per capita de Cuba é uma pequena fração da renda dos Estados Unidos, mas tem a mesma taxa de mortalidade infantil e mantém o controle do HIV / AIDS” (Marmot; Wilkinson, 2006).

A equidade social, portanto, está atribuída nos gastos com a saúde e educação, à igualdade de Gênero, direito de propriedade e oportunidades ocupacionais e de renda. Tendo estes cuidados também no nível ambiental, focando na construção de um bom saneamento e água limpa e boa nutrição (Marmot; Wilkinson, 2006).

Nazroo e Williams (2006) afirmam a importância de avaliar outros fatores de risco, relacionados com a etnia / raça que também podem afetar a saúde, como o racismo e a segregação geográfica.

É necessário ter um olhar em longo e curto prazo no planejamento de políticas sociais e de combate às exclusões sociais. Em longo prazo, devem-se buscar políticas econômicas que levem a uma maior igualdade econômica, pois uma redistribuição em riqueza e renda terá maior influência na qualidade da saúde daqueles que estão em pior situação (Shaw et al., 2006).

Em curto prazo, é necessário concentrar-se na redução da proporção de crianças nascidas e vivendo na pobreza, acesso educacional e treinamentos para conseguir empregos, remoção de barreiras ao acesso a serviços sociais e de saúde, melhorar a saúde dos migrantes, o que requer atenção à posição socioeconômica desfavorável de muitos grupos de migrantes e também sua dificuldade particular de acesso a serviços de saúde e outros serviços de assistência (Shaw et al., 2006).

Já para Minayo (1991), abordar o processo saúde-doença de forma totalizante significa considerar uma maior compreensão da saúde e doença como um processo social. Para abarcar a totalidade das relações sociais, é necessário ampliar a compreensão do conceito sociológico de saúde. Ela explana a importância da existência do “híbrido biológico-social”. Por ser esse híbrida, a área biomédica não pode abster-se da problemática social. As questões socioeconômicas, políticas e ideológicas devem estar imersas na ciência da saúde, pois o corpo humano está inserido em situações e estilos de vida.

A saúde deve ser entendida como associada à cultura por carregar em si conceitos históricos e suas diferenças, como as de classe, segmentos, gênero, etnia e faixa etária.

> Cultura não é apenas um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com uma espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o Locus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há algo humano sem significado e nem apenas uma explicação para os fenômenos (Minayo, 2014, p. 31).

A saúde leva consigo todas as formas de culturas e estruturas sociais, pois os problemas sociais se expressam nas condições de saúde. É por isso que os direitos sociais, individuais e de saúde devem considerar categorias como gênero, etnia e idade, diferenciando as complexas relações intraclasses, as contradições entre suas práticas e incluir variáveis que dizem respeitos as experiências de vida (Minayo, 2014).

Barreto (2017) mostra que as desigualdades em saúde são problemas globais, atingindo não só países paupérrimos como também países ricos. Explica que as desigualdades são decorrentes das diferenças demográficas e geográficas, desenvolvimento econômico, cultural e dos preconceitos étnicos.

A análise das desigualdades entre países revela a interações específicas dos determinantes.

> [...] o Índice de Gini, uma das medidas mais frequentemente usadas para medir a desigualdade social em um país, quando calculado globalmente alcança níveis ainda mais altos do que aqueles de nações com os mais altos níveis. Em período recente, os índices de Gini de países com mais altos níveis de desigualdades têm ficado em torno de 0.60 (1 = máxima desigualdade e 0 = igualdade total), enquanto o global aproxima-se de 0.70. O índice de Gini global captura os extremos dos estratos mais pobres dos países mais pobres e dos estratos mais ricos dos países ricos, o que se traduz em nível de desigualdade maior, do que quando medido em cada país separadamente (Barreto, 2017).

Sobre a questão dos Determinantes Sociais, Barreto (2017) lembra que alguns autores restringem a ideia de saúde aos fatores biológicos; e para outros, ela é entendida pela interação de fatores complexos com múltiplas determinações.

No século XIX, as concepções ambientais e sociais passaram para o plano secundário devido ao surgimento das ciências biomédicas, retirando,

assim, o seu caráter social e coletivo. Atribuir a ocorrência dos problemas de saúde exclusivamente ao comportamento individual e a biologia conforma uma atitude que favorece as forças políticas que refutam a legitimidade da redução das diferenças injustas na sociedade (Barreto, 2017).

Retomando o tema da desigualdade global, Barreto (2017) aponta a urbanização como fator favorável ao crescimento global das cidades, gerando, concomitantemente, iniquidades sociais e de saúde. O grande contingente de migração da população rural para as cidades urbanas originou as grandes aglomerações que criaram uma séria de problemas e de desafios por serem desigualmente distribuídas nas cidades. A intenção dos migrantes que atravessam as fronteiras é de busca por melhores condições de vida, oportunidades econômicas e sociais;

> Em muitos dos países pobres e em desenvolvimento com altos níveis de desigualdades sociais, a urbanização transforma-se em sinônimo de exclusão, em todas as suas formas.
>
> [...] O fenômeno recente da massiva migração da população de alguns países árabes para a Europa é um exemplo das possibilidades explosivas e descontroladas que a questão migratória pode assumir [...].
>
> Enquanto as desigualdades dentro das nações estão muito mais relacionadas às questões das classes e a outros processos de estratificação social, a existente entre as nações traz à tona a questão do local de nascimento, ou o que tem sido denominado de “prêmio da cidadania” (*citzenshippremium*) relacionado à história e ao processo global de desenvolvimento das nações (Barreto, 2017, grifo no original).

Na perspectiva da teoria ecossocial, Nancy Krieger (2011) destaca três fatores relacionados com os Determinantes Sociais: a ecologia, as influências societárias e a inter-relação dos dois primeiros. Ela também aponta a necessidade de substituição de uma epidemiologia dos fatores de risco para uma visão mais holística, significando uma clara teorização epidemiológica

sobre o social e o biológico, envolvendo fenômenos em diferentes escalas de tempo e espaço, em períodos históricos e locais específicos. Ela indaga quem e o que impulsiona os padrões atuais de desigualdades sociais na saúde.

As respostas devem ser buscadas nos modos de vida e nos arranjos sociais, bem como nas mudanças do poder, da propriedade e da produção e reprodução da vida social e biológica, envolvendo pessoas, outras espécies e o mundo biofísico em que vivemos. Ou seja, ao olhar das ciências sociais, deve-se acrescentar a perspectiva ecológica, dando oportunidade para observar as interações dos organismos e o habitat dessas populações. Assim, a teoria ecossocial dá ênfase ao ciclo de vida e ao fator histórico, destacando a análise das inter-relações das diversas formas de desigualdade social, incluindo raça, classe, gênero e contexto epidemiológico (Krieger, 2011, 2008).

No aspecto social, Krieger destaca a “Iconografia da Estratificação Social” vinculada às formulações de estrutura social e distribuição de recursos, muitas vezes expressas nas ideias de classe social, grupos raciais/étnicos versus educação e renda (Krieger, 2008).

Krieger mostra que as sociedades são estruturadas como escadas:

> Os degraus da escada representam os recursos que determinam se as pessoas podem ter uma vida boa – próspera, saudável e segura – ou uma vida atormentada por dificuldades – renda insuficiente, saúde precária e vulnerabilidade. As pessoas que estão nos degraus superiores são as mais instruídas, têm os empregos mais respeitados, poupanças amplas e moradia confortável. Nos degraus de baixo estão pessoas com baixa escolaridade, com longos períodos de desemprego ou com baixos salários, não têm nada a que recorrer, e moram em casas precárias. As pessoas no meio têm mais recursos para confiar do que as pessoas no fundo, mas muito menos do que as pessoas no topo (Krieger, 2008).

Ainda na busca por entender e explicar o processo saúde e doença, Ayres et al. (2006) propõem o conceito de vulnerabilidade ao considerar as dimensões político-institucionais, sociais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades aos agravos à saúde e suas consequências em indivíduos, grupos populacionais e nações.

As vulnerabilidades sociais decorrem das interações sociais, expressas nos cenários institucionais, culturais, políticos e de definição de cidadania. A promoção e proteção de direitos, nesse contexto, referem-se a situações que envolvem o acesso às condições básicas de sobrevivência (emprego, moradia etc.) e alinham-se a contextos nos quais ocorrem as relações de gênero, raça e geração (Ayres et al., 2010).

Sob o ponto de vista programático, a vulnerabilidade diz respeito aos investimentos governamentais, ao planejamento e à avaliação das ações de saúde. Adicionalmente, também se refere ao ordenamento do sistema de saúde, incorporando seus princípios de participação e controle social, a acessibilidade e a equidade.

Por sua vez, a dimensão individual da vulnerabilidade se refere aos recursos que os indivíduos possuem ou desenvolvem para entender e atuar no mundo.

As três dimensões da vulnerabilidade (individual, social e programática) não são estanques e justapostas, seus significados se complementam e são indissociáveis.

Ainda tematizando a formulação dos debates sobre os DSS, Cecília Donnangelo traz o olhar mais crítico quanto ao significado da Epidemiologia

Social, abordando o vínculo histórico da saúde com a sociedade (Carvalheiro et al., 2014).

Segundo a autora, o conceito de Determinação Social não se relaciona com o conceito de causalidade. Rocha e David (2015) fazem um discernimento mais claro sobre essa diferença:

> A determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais. Propicia explicitar a relação entre o biológico e o social, divergindo da abordagem dos DSS [...] (Rocha; David, 2015).

Já os DSS, para estes autores, são aqueles definidos na CNDSS:

> [...] os DSS como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Em geral, considera-se que os DSS são as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde (Rocha; David, 2015).

Donnangelo também discorre sobre certas dimensões do social, explicando que nem sempre é possível encontrar a presença de elementos estruturais no comportamento individual. Ou seja, a percepção do processo saúde/doença deve ser compreendida no social. A epidemiologia social insere a doença como determinada socialmente, dando espaço para investigações em sua totalidade (Donnangelo, 1975 apud Carvalheiro et al., 2014).

Discorrendo sobre a epidemiologia social e a epidemiologia clássica, a autora aponta que é necessário cuidado para não confrontar as duas teorias, pois elas não são comparáveis, têm formas diferentes de trabalhar a realidade, não se pode invalidar uma com a outra. Ressaltam, inclusive, que a epidemiologia social também está sujeita a críticas, pois ainda não conseguiu

superar o conceito de “doença” trazida pela epidemiologia clássica e a biologia (Donnangelo, 1975 apud Carvalheiro et al., 2014).

Como referencial teórico, a determinação social difere da abordagem dos determinantes, já que discute o caráter histórico e social do processo saúde-doença. A categoria analítica fundada na concepção da determinação social amplia a discussão sobre a produção coletiva da saúde concebendo a saúde indissociável da forma como a sociedade se organiza, principalmente como decorrente da dinâmica de produção e distribuição da riqueza (Garbois et al., 2017).

Donnangelo aponta as relações sociais complexas na produção da saúde e da doença. A articulação entre a extensão da assistência médica e as imposições do modo de produção capitalista, por um lado, necessita manter e reproduzir a força de trabalho, por outro controla as tensões e antagonismos sociais. Além disso, a incorporação de tecnologias diagnósticas e de tratamento nos cuidados médicos promove a acumulação de capital do setor industrial de equipamentos e de insumos médicos (Garbois et al., 2017).

Tomando como perspectiva a determinação social do processo saúde e doença, críticas foram formuladas à abordagem da OMS sobre os DSS, diferenciando os dois pontos de vista.

A partir de referências bibliográficas, principalmente de autores latino-americanos da corrente médico-social, Garbois et al. (2017) sintetizam as objeções às concepções de DSS. Estas assumiriam uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social, pois concebem os determinantes como fatores, contextos, circunstâncias e condições, não distinguindo os múltiplos processos socioeconômicos, culturais, ecobiológicos e

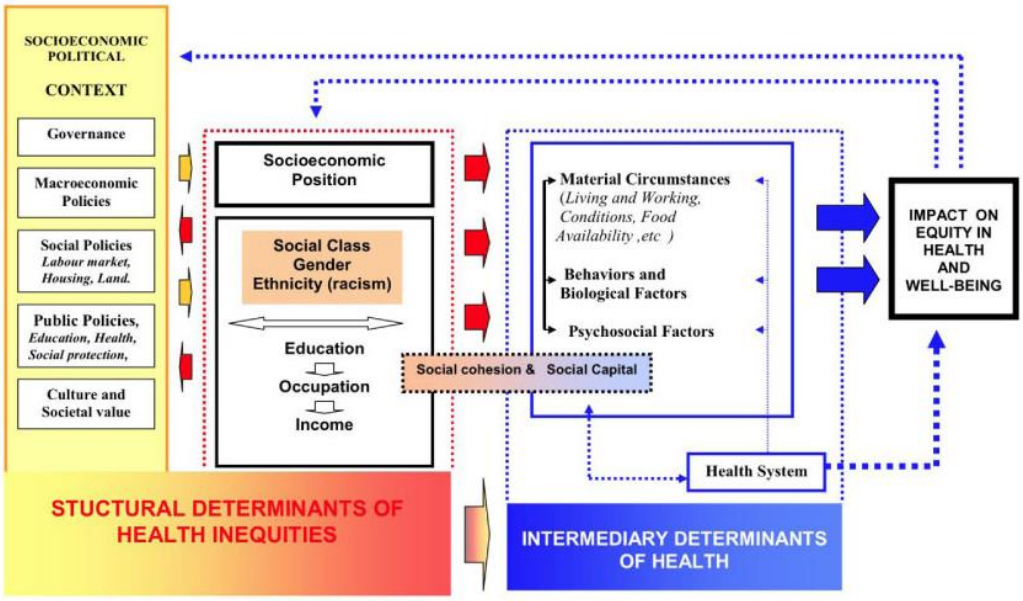
psicológicos envolvidos no processo saúde-doença. Segundo seus críticos, os DSS não reconheceriam as transformações das sociedades ao longo da história e transformariam as estruturas sociais em variáveis, e não em categorias de análise do modo de produção e reprodução social e seus vínculos com os processos de adoecimento e morte. Dessa forma, a essência da organização social em torno da acumulação capitalista, a exploração humana e da natureza seriam negligenciados na perspectiva teórica dos DSS.

Mesmo assumindo as causas estruturais das desigualdades sociais, elas ainda aparecem esvaziadas e impedem a análise do processo econômico de acumulação como o eixo central na produção da exclusão social. Ou seja, a concepção dos DSS não reconheceria a incompatibilidade entre os modos de vida saudáveis e a acumulação capitalista. Portanto, ela estaria reforçando a hegemonia econômica que beneficia a indústria médica e manipula o pensamento coletivo.

1.3 Determinantes Estruturais e Intermediários

A OMS, em seu relatório “Diminuindo a diferença: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”, que foi discutido na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, realizada no Rio de Janeiro, adotou o conceito abrangente de DSS (Carvalho, 2013), que incorporou as definições de Determinantes Estruturais e Determinantes Intermediários.

Segue abaixo o quadro trazido pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde:



Fonte: Barata, 2013.

Figura 3 – Comissão de Determinantes Sociais da Saúde.

Os Determinantes Estruturais tratam da macroeconomia, das políticas sociais, da governança e dos valores em relação direta com a classe social/distribuição de renda e com os valores relativos a gênero e etnia. Já os Determinantes Intermediários se expressam nas condições de vida e trabalho, nos aspectos psicossociais, nos comportamentos, nas barreiras para adoção de uma condição de vida saudável e no próprio sistema de saúde (Carvalho, 2013; Rocha, 2011).

Carvalho (2013) exemplifica bem os Determinantes Estruturais:

> Os Determinantes Estruturais refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico. Entre os mecanismos que geram e mantêm essa estratificação estão as estruturas de propriedade dos meios de produção e a distribuição de poder entre as classes sociais, e as correspondentes instituições de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social (Carvalho, 2013, p. 19).

A CSDH sublinha os Determinantes Estruturais ou fatores estruturais como a melhor forma de identificar iniquidades na saúde. Tais iniquidades, para serem combatidas na saúde de acordo com esta Comissão, devem priorizar os principais pontos sobre os Determinantes Estruturais: “as desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e de gênero da morbimortalidade e dos fatores de risco; desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde e intervenções sociais (Buss; Pellegrini Filho, 2006; Borde et al., 2015).

Os Determinantes Estruturais das Iniquidades em saúde, incluindo o contexto sociopolítico e estrutura social, são interpretados em termos de classe, poder, prestígio e discriminação, atuando por meio dos Determinantes Intermediários para impactar na equidade em saúde e no bem-estar social (Krieger, 2008). As causas mais profundas das iniquidades em saúde são os mecanismos estruturais que alteram o posicionamento social dos indivíduos (Carvalho, 2013).

Os Determinantes Intermediários da saúde estão relacionados com três categorias: a primeira são as circunstâncias materiais, fatores relacionados

com a habitação e qualidade da vizinhança, os meios financeiros para comprar itens como alimentos e roupas e ambientes de trabalho físico; a segunda são as circunstâncias psicossociais relacionadas com os fatores estressores ou a falta de suporte social para o enfrentamento dos problemas psicossociais; a terceira são os fatores biológicos e comportamentais, que incluem a nutrição, a atividade física, o consumo de tabaco e álcool, entre outros (Chapman, 2010; Penman-Aguilar et al., 2016; Borde et al., 2015).

A CSDH, portanto, propõe o reconhecimento das assimetrias de poder que são consequências do contexto socioeconômico e político os quais provocam distinções sociais por classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda, gerando grupos populacionais vulneráveis e exposição aos Determinantes Intermediários de saúde, resultando, assim, nas diversas iniquidades vistas na sociedade (Borde et al., 2015).

2 JUSTIFICATIVA

Apesar dos inúmeros modelos explicativos que analisam as relações entre a organização da sociedade e a situação de saúde da população, ainda persistem desafios, entre eles, a articulação teórica e metodológica das diversas disciplinas no campo da saúde coletiva (Barata, 2005; Luiz, 1997).

A forma como se concebe o processo saúde-doença reflete a elaboração das políticas de saúde, os princípios e diretrizes do sistema de saúde e a organização dos serviços. Tomando como referencial teórico a determinação social da saúde, por sua abrangência e caráter histórico e social, destaca-se, neste trabalho, a importância de discutir as concepções dos Determinantes Sociais, assumindo-os como recortes mensuráveis da realidade que instruem a prática, mas que não devem perder sua dimensão sócio-histórica.

Ao pretender abarcar o contexto sociopolítico e a estrutura social, as concepções de Determinantes Estruturais e Intermediários demonstram potencial para entender as desigualdades em saúde. Por esse motivo, observa-se a importância de investigar como esses conceitos têm sido aplicados na literatura científica, especialmente quando amplia o olhar para além da classe social ao incorporar as dimensões de raça e gênero.

3 OBJETIVO

Sistematizar o conhecimento a respeito dos DSS e seus componentes Estruturais e Intermediários, segundo o potencial para contribuir na elaboração de políticas sociais e de saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada revisão de escopo (Scopo Review ou avaliações de escopo). Baseada na metodologia de revisão sistemática, a revisão de escopo aborda fenômenos mais amplos e de maior repercussão social. Tem sido utilizada frequentemente para sintetizar as evidências científicas, por ampliar e aprofundar o mapeamento e a síntese do conhecimento (Arksey; O'Malley, 2005).

Entre as diversas metodologias de revisão, o estudo de escopo oferece técnicas para mapear a literatura. Ao contrário da revisão sistemática, que se concentra em uma questão muito específica e definida, a revisão de escopo permite a abordagem de temas amplos (Arksey; O'Malley, 2005).

Os estudos de escopo são úteis quando o objetivo é problematizar a complexidade e a heterogeneidade do fenômeno em estudo (Davis et al., 2009; Levac et al., 2010; Peters et al., 2005). Essa metodologia é conhecida por ser exploratória, permitindo de forma mais apropriada a identificação de lacunas no estado atual da pesquisa (Dalla Nora et al., 2017).

4.1 Etapas da revisão

O Manual do Instituto Joanna Briggs (JBI) afirma que a estrutura proposta por Arksey e O'Malley (2005) tem sido influente junto com o trabalho de Levac, Colquhoun e O'Brien na revisão de escopo (JBI, 2015), permitindo a proposição dos passos: "identificação da questão de pesquisa e dos estudos relevantes; seleção dos estudos; extração de dados; separação, sumarização e

relatório de resultados; e comunicação dos resultados" (Arksey; O'Malley, 2005; Levac et al., 2010).

4.2 Identificação e desenvolvimento das questões de pesquisa

Foram buscados estudos teóricos sobre DSS e que também problematizem os Determinantes Estruturais e Intermediários e apresentem formas de medir as Iniquidades.

A revisão foi orientada pela seguinte questão de pesquisa: "Como os artigos sobre determinantes sociais e seus determinantes estruturais problematizam as iniquidades em saúde para subsidiar as políticas públicas e de saúde?"

4.3 Localização de publicações relevantes

A busca foi realizada de forma a garantir maior sensibilidade possível para incluir o maior número de artigos. Os descritores utilizados foram: "Social Determinants of health", "Health services", "health policies", "inequity" e em alguns casos "accessibility". As palavras-chave foram: Determinantes Sociais da Saúde, Determinantes Estruturais e Intermediários. As associações com os operadores booleanos foram utilizados o "AND" e o "OR", sem necessidade do operador booleano "NOT".

Foi utilizada a estratégia de busca com seis recursos informacionais, sendo cinco de bases de dados eletrônicas: Web of Science (social sciences, arts and humanities), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Scopus (ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e artes e

humanidades,), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); e no portal Pub-Med (Literatura biomédica e saúde), que engloba o MEDLINE.

Adicionalmente, foi realizado levantamento específico nas revistas que, segundo Barata (2005), mais frequentemente publicam textos teóricos sobre epidemiologia Social: International Journal of Epidemiology, Journal of Epidemiology and Community Health, American Journal of Public Health e American Journal of Epidemiology.

Após a busca inicial, foi realizada a exclusão das duplicatas usando os programas EndNote e Excel®.

4.4 Critério de inclusão

Os estudos que apresentassem e discutissem concepções sobre DSS, problematizando desigualdade em saúde e fazendo conexão com o status socioeconômico (questões sociais e econômicas) e raça e/ou sexo (gênero) e com políticas globais críticas de saúde.

As buscas incluíram artigos entre os anos de 2005 e 2018. Foi delimitado o ano 2005 por ser o ano da criação da Comissão dos DSS, como também quando as discussões sobre os Determinantes Sociais foram além da Classe Social, incluindo raça/etnia e gênero.

4.5 Critérios de exclusão

Artigos que relatavam pesquisas sobre doenças específicas, epidemiologia genética, epidemiologia molecular, descrição de casos clínicos.

4.6 Seleção dos artigos

A seleção dos estudos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente para garantir o máximo de objetividade. A triagem inicial contemplou a leitura dos títulos e dos resumos, aplicando os critérios de elegibilidade. De acordo com a metodologia da revisão de escopo, nesta etapa da seleção dos artigos, os critérios de exclusão podem ser aprimorados em função das características dos artigos encontrados. Os resultados das buscas independentes foram confrontados, verificando as diferenças dos achados e tendo como prioridade incluir o maior número de estudos possíveis. Um terceiro pesquisador fez a arbitragem sobre as discordâncias.

4.7 Metodologia da análise

A sistematização dos dados foi realizada em função da natureza do problema formulado, bem como da preocupação inicial. Depois de definido o número final de artigos que integra a pesquisa, eles foram examinados em profundidade, seus conteúdos foram comparados e os aspectos nos quais se assemelham e se diferenciam foram descritos.

A análise dos resultados foi realizada buscando compreender conceitos e definições de Determinantes Sociais, seus componentes (Determinantes Estruturais e Intermediários), como também as desigualdades/iniquidades em saúde. A análise avaliou o potencial da produção científica para subsidiar a formulação de políticas sociais e de saúde.

Consensos e controvérsias científicas foram mapeados procurando orientar a proposta de novas pesquisas especialmente preocupadas com a elaboração de políticas e programas.

4.8 Extração dos dados

- a. Autor (es);
- b. Ano de publicação;
- c. Origem/país de origem (onde o estudo foi publicado ou realizado);
- d. Base de dados/Revista;
- e. Metodologia/métodos (JBI, 2015).

5 RESULTADOS

5.1 Resultados na exploração da literatura

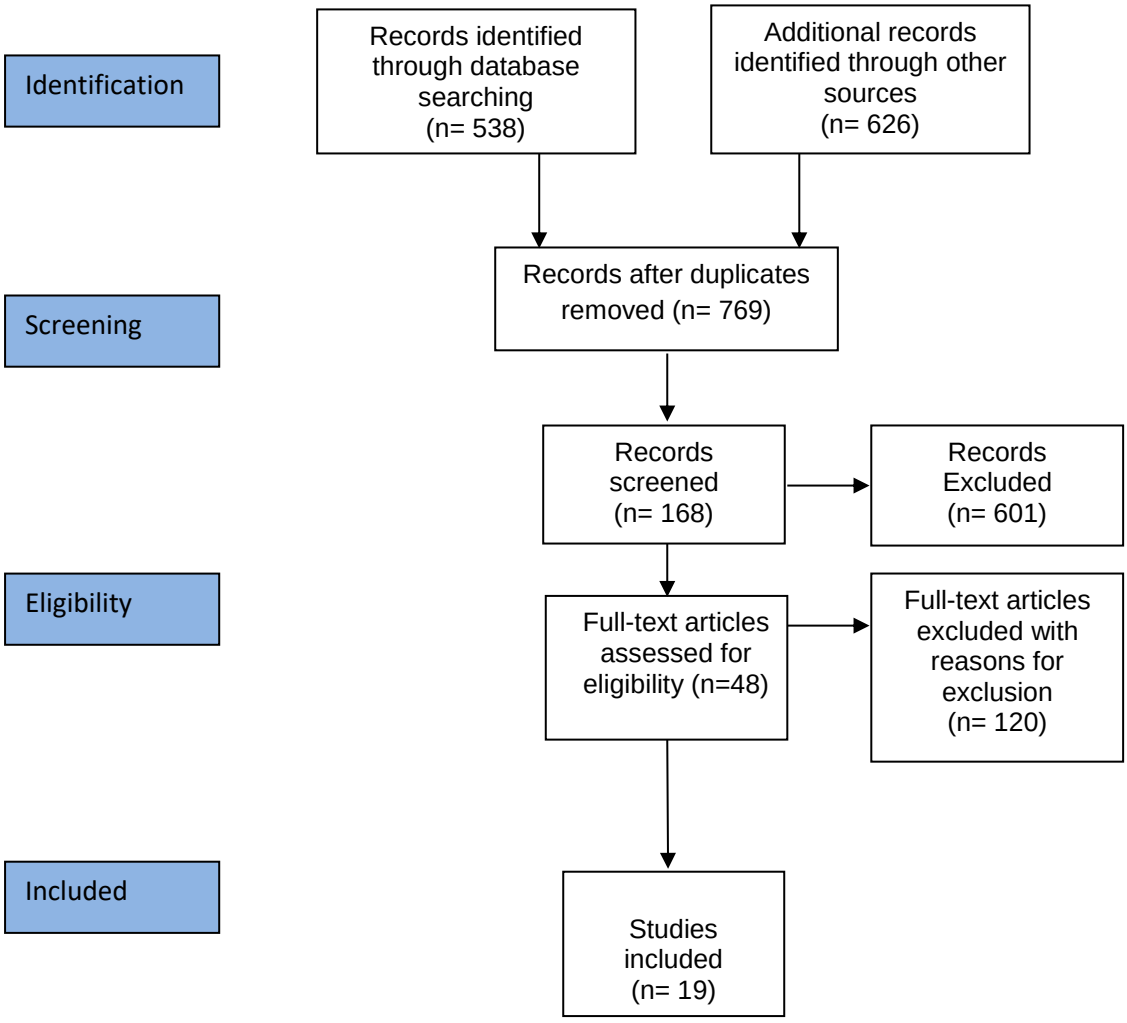
Quadro 1 – Exploração da literatura com as duplicatas

Base de dado + Revistas	Artigos	Booleano + Palavras-Chave
Pubmed-advanced	305	(((Social Determinants of health) AND Health services) AND health policies) AND inequity
Web of Science	115	Tópico: (social determinants of health) ANDTópico: (Health Services) AND Tópico:(Health Policies) AND Tópico:(Inequity)
Scopus	309	(ALL (social AND determinants AND of AND health) AND TITLE-ABS-KEY (health AND services) AND TITLE-ABS-KEY (health AND policies) AND TITLE-ABS-KEY (inequality)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , “SOCI”))
LILACS	183	(tw:(Social Determinants of Health)) AND (tw:(Health Services)) OR (tw:(Health Services accessibility)) AND (tw:(Health policies)) AND (tw:(inequity))
CINAHL	39	Social Determinants of Health AND Inequity AND Health Policy AND Health Services
International Journal of Epidemiology	15	Social Determinants of Health
Journal of Epidemiology and Community Health	95	Social Determinants of Health, Health Services, Inequity, Health Policies
American Journal of Public Health	97	Social Determinants of Health, Health Services Accessibility, Inequity, Health Policy
American Journal of Epidemiology	6	Social Determinants of Health

Fonte: Elaboração própria.

No quadro acima, observam-se as bases de dados e revistas visitadas nas buscas, os números de artigos que vieram na busca de cada base de dado e revista e os descritores utilizados.

Conforme recomendação do PRISMA, segue reproduzido abaixo o fluxograma aplicado para a seleção dos artigos:



Fonte: The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Flow Diagram for the scoping review process.

Figura 4 – Desenho do estudo

As e

excluída nesta etapa apresentava discussões sobre Determinantes Sociais da Saúde problematizando somente a determinação socioeconômica, sem

mencionar ou relacionar os determinantes Estruturais e Intermediários nas discussões, como Raça e/ou Gênero e as Políticas globais críticas. Na leitura integral dos textos, permaneceram 19 artigos (Figura 1)**.**

Contata-se que a produção de pesquisas sobre os Determinantes Estruturais e Intermediários é recente, manifestando-se nos últimos anos e progredindo com o decorrer deste período, revelando um gradativo interesse pela temática por parte de pesquisadores das áreas de saúde.

O quadro 2 apresenta dados gerais sobre os estudos encontrados. Entre os países nos quais as pesquisas foram desenvolvidas, destacaram-se Estados Unidos e Inglaterra com seis e quatro publicações respectivamente (31,6% e 21%), seguidos de três publicações no Canadá (15,7%), duas no Brasil (10,5%), duas na Nova Zelândia (10,5%), duas na Austrália (10,5%) e uma no México (5,2%).

Quadro 2 – Dados gerais dos estudos da revisão de escopo

Autores	Ano	País	Metodologia	Base de dado
Padilha A	2011	Brasil	Entrevista	PubMed
Bornemisza et al.	2010	Inglaterra	Revisão	PubMed
Jones CP	2014	Estados Unidos	Comentário	PubMed
Smith et al.	2009	Inglaterra	Análise de documento	Jornal Critcial Social Policy
Evandrou et al.	2016	Inglaterra	Trabalho em campo	PubMed
Pagano A	2014	Brasil	Dados Etnográficos	PubMed
Young J. and McGrath R.	2011	Austrália	Análise de Documento	PubMed
Reutter L, Kushner KE	2010	Canadá	Análise de documento	PubMed
Schofield T	2007	Austrália	Pesquisa Exploratória	CINAHL

Braveman et al.	2011	Estados Unidos	Relatório do subcomitê Health People	American Jornal of Public Health
Martínez Valle A, Terrazas P, Alvarez F	2014	México	Revisão	PubMed
Blakely T	2008	Nova Zelândia	Editorial Opinião	Jornal of Epidemiology & Community Health
Kunitz SJ	2007	Inglaterra	Editorial Opinião	International Jornal of Epidemiology
Potvin et al.	2005	Canadá	Revisão	American Jornal of Public Health
Gee GC and Ford CL	2011	Estados Unidos	Revisão (análise)	PubMed
Pega F and Veale JF	2015	Nova Zelândia e Canadá	Comentário	PubMed
Smedley BD	2012	Estados Unidos	Revisão de Literatura	American Jornal of Public Health
Koh et al.	2010	Estados Unidos	Revisão	American Jornal of Public Health
Gkiouleka et al.	2018	Estados Unidos	Ensaio Analítico	Scopus

Fonte: Elaboração própria.

Foi notado que as discussões sobre os fatores dos Determinantes Estruturais da saúde são de artigos mais recentes. Já os DSS em geral são bastante discutidos desde a implantação da Comissão Mundial sobre os DSS em 2005. Vale salientar que a maioria dos artigos que discutiam os DSS em geral também discutiam sobre racismo e sobre a opressão feminina, sem, no entanto, usarem os termos Estruturais e Intermediários.

A metodologia mais utilizada nos artigos foi a revisão bibliográfica.

5.2 Descrição dos artigos

- ✓ **Artigo 1** – Padilha (2011). A entrevista relata o que o Brasil tem feito a respeito dos DSS e as expectativas para o futuro, apontando o compromisso em combater os desafios dos fatores sociais para melhorar a saúde e o bem-estar da população por meio de pactos com outros países para erradicar a pobreza e a fome. Como sede de Conferência Mundial sobre os DSS, realizada em 19 a 21 de outubro de 2011, o Brasil demonstrou seu compromisso em melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas. Apesar de o art. 196 da Constituição brasileira afirmar que a saúde é um direito de todos, o Brasil convive com a desigualdade na saúde.
- ✓ **Artigo 2** – Bornemisza et al. (2010). A partir da constatação, realidades de conflito ou o pós-conflito podem gerar diferenças nos níveis de saúde. Lugares exterminados, pelos países que vivem em conflitos, propiciam a ocorrência de doenças, principalmente quando o conflito é prolongado. Bornemisza et al. (2010) examinaram as populações mais vulneráveis e as estratégias potenciais para alcançar a equidade. Os fatores que mais afetam a equidade incluem migração, gênero e barreiras financeiras.

As estratégias para a equidade na saúde residem no fortalecimento das funções de planejamento e política pró-equidade; capacitação de prestadores de serviços de saúde; redução de barreiras ao acesso e participação dos grupos excluídos. Em conclusão, o conflito é um determinante social fundamental da saúde, e a equidade é a garantia das condições para uma saúde ideal. Segundo os autores, alcançar a equidade na saúde requer a valorização de todos os indivíduos e populações da mesma forma, reconhecendo e corrigindo as injustiças históricas e fornecendo recursos de acordo com a necessidade.

✓ **Artigo 3** – Jones (2014). O artigo é um comentário a respeito dos impactos do racismo na saúde para identificar paralelos e interseções em relação ao poder e à saúde. Ao abordar os determinantes sociais, Jones define a equidade em saúde como garantia das condições ideais para todas as pessoas. Observa que atingir a equidade em saúde requer a valorização de todos os indivíduos e populações, reconhecendo e corrigindo injustiças históricas e fornecendo recursos de acordo com a necessidade. Para tanto, é necessário um processo que garanta a participação ativa nos serviços, a sua vigilância constante e a articulação com a ideia de conhecer as injustiças históricas e a tentativa de mudá-las.

O autor faz uma analogia do penhasco como um fator de risco para entender a intervenção em saúde e como são distribuídos os recursos. Ele situa uma pessoa caindo do penhasco, mas que poderíamos evitar isso de diversas maneiras, fazendo o seguinte questionamento: o que poderíamos colocar como uma intervenção de saúde além de simplesmente estacionar muitas ambulâncias no fundo do penhasco?

Dessa pergunta, ele cita alguns exemplos de prevenção e faz analogia com quatro níveis de intervenção em saúde:

> assistência médica e prevenção terciária (ambulância no fundo do penhasco); programas de redes de segurança e prevenção secundária (meio líquido para baixo); prevenção primária (cerca na borda); e abordando os determinantes sociais da saúde (afastando a população da borda do penhasco) (Jones, 2014 p. 71).

✓ **Artigo 4** – Smith et al. (2009). Partindo da constatação de que as desigualdades na saúde têm sido consistentemente conceituadas como um problema político relacionado com a saúde precária de pessoas pobres ou

pessoas em áreas de pobreza; com a falta de moradia e falta de oportunidades educacionais e questões socioeconômicas, os autores desenvolveram um estudo considerando respostas oficiais a um objetivo comum de política de saúde pública, a redução das desigualdades de saúde, por meio de um exame das declarações políticas nacionais produzidas na Inglaterra, Escócia e País de Gales desde 1997. O início da pesquisa foi marcado pela eleição de um governo que assumiu compromisso explicito de reduzir as desigualdades na saúde.

Diferentemente dos estudos anteriores, a análise sugere que a maneira relativamente consistente da política enfrentar o problema das desigualdades em saúde, entrou em conflito com o predomínio do modelo médico de saúde, restringindo o alcance das políticas.

- ✓ **Artigo 5** – Evandrou et al. (2016). A partir da constatação de que existem desigualdades étnicas na saúde no Reino Unido, os autores ressaltam que tais desigualdades continuam sendo uma área relativamente pouco pesquisada. Evandrou et al. exploraram as desigualdades étnicas na saúde entre os idosos no Reino Unido, controlando as desvantagens sociais e econômicas. Encontraram que os idosos negros e de minorias étnicas (Black and Minority Ethnic – BME) são mais propensos do que os idosos brancos britânicos a relatarem saúde e autoavaliação de saúde. Esse resultado reflete a complexidade das desigualdades em saúde entre os diferentes grupos étnicos no Reino Unido e a necessidade de desenvolver políticas de saúde que levem em conta as diferenças de recursos sociais e econômicos entre os diferentes grupos étnicos.

- ✓ **Artigo 6** – Pagano (2014). A partir da constatação de que, em 2006, o Brasil aprovou uma política destinada a reduzir as desigualdades raciais significativas na saúde entre seus cidadãos, baseada nos pressupostos de que a identidade racial e o racismo são determinantes importantes da saúde e que os cidadãos que se identificam como negros sofrem desproporcionalmente vários problemas de saúde. Pagano desenvolveu o estudo com dados etnográficos de dois anos de trabalho de campo em clínicas públicas brasileiras e bairros de baixa renda. Encontrou que a maioria dos participantes da pesquisa não fez nenhuma conexão entre raça e melhor ou pior saúde. Daqueles que percebiam as desigualdades em saúde por raça, a maioria acreditava que os brasileiros brancos tinham mais problemas de saúde do que os brasileiros negros ou pardos.
- ✓ **Artigo 7** – Young e McGrath (2011). A partir da constatação de que a agenda australiana da Reforma Nacional de Saúde inclui metas para reduzir desvantagens de saúde e fornece acesso equitativo, Young e McGrath analisaram documentos sobre políticas de saúde estaduais e territoriais dentro de uma estrutura crítica de discurso que focaliza o uso de termos relacionados aos determinantes sociais.

Trazendo a realidade da Austrália, Young e McGrath (2011) discutiram justiça social como conceito central na compreensão dos DSS colocadas nos documentos de políticas de saúde do país. O artigo discorreu sobre as injustiças estruturais na saúde e sobre os recursos que estão desigualmente distribuídos nas sociedades.

A análise revelou que as concepções de justiça social variam em toda a Austrália e são geralmente apolíticas, impedindo as principais preocupações

inerentes a uma compreensão dos determinantes sociais. Este artigo também constata que os profissionais de saúde podem se tornar conscientes de seu próprio enredamento cultural em estruturas de compreensão neoliberais, reconhecendo um quadro de determinantes sociais como contracultural e, portanto, exigindo um pensamento radical.

- ✓ **Artigo 8** – Reutter e Kushner (2010). A partir da constatação de que reduzir as iniquidades em saúde é uma questão prioritária no Canadá e no mundo, o artigo argumenta que a enfermagem tem um papel claro para garantir o acesso aos cuidados de saúde, trabalhando para mudar as condições sociais subjacentes que resultam e perpetuam as iniquidades. Reutter e Kushner usaram documentos como material empírico, defendendo uma “abordagem de cuidados críticos” para ajudar os enfermeiros a compreender o contexto social, político, econômico e histórico das iniquidades em saúde e a combater essas desigualdades por meio da defesa de políticas.

As injustiças sociais e estruturais contra pessoas em situação de pobreza, pessoas com deficiências, minorias étnico-culturais, minorias sexuais, povos indígenas, mulheres em condições precárias, imigrantes, pessoas com alfabetização limitada.

Para Reutter e Kushner (2010) o significado da equidade em saúde está relacionado com oportunidades justas, ou seja, que todos atinjam o potencial de saúde. Reforçam a concepção de equidade em saúde como ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente evitáveis em um ou mais aspectos da saúde.

Na conclusão, os autores recomendam para a prática a educação e a pesquisa avançar na agenda de redução das desigualdades em saúde por meio da ação sobre os DSS.

- ✓ **Artigo 9** – Schofield (2007). A partir da constatação de que a Comissão sobre os DSS, em 2005, e seu relatório final produzido no final de maio de 2008 são uma parte importante de uma nova abordagem de pesquisa e política comprometida com o avanço da equidade em saúde global, Schofield desenvolveu estudo cujo objetivo explora os objetos fundamentais, princípios e conceitos do movimento equidade em saúde e sua relação com a abordagem dos DSS. Os autores reconhecem que os quadros e métodos predominantes impõem restrições significativas à capacidade de identificar efetivamente os mecanismos pelos quais as desigualdades de saúde são produzidas. Consequentemente, as ações sugeridas pela abordagem predominante para o problema da desigualdade na saúde tendem a ser menos eficazes. O documento sugere que uma compreensão mais dinâmica do social, como fornecida pela sociologia crítica, tem muito a oferecer no avanço de intervenções políticas eficazes no campo da saúde e da equidade. No artigo, é discutido um modelo de compreensão e intervenção em iniquidades em saúde de uma perspectiva sociológica. Para o autor, o social produz e determina a saúde.

- ✓ **Artigo 10** – Braveman et al., (2011b). A partir da Constatação de que dadas as diversas e, por vezes, amplas definições de disparidades de saúde comumente usadas, um subcomitê reunido pelo Comitê Consultivo para Assuntos Saudáveis de 2020 propôs uma definição operacional para uso no desenvolvimento de objetivos e metas, determinação de prioridades de

alocação de recursos e avaliação do progresso. Braveman et al. (2011b) desenvolveram um estudo com base no trabalho desse subcomitê, propondo que as disparidades de saúde são diferenças de saúde sistemáticas, plausivelmente evitáveis, que afetam negativamente os grupos socialmente desfavorecidos; elas refletem a desvantagem social. Essa definição, fundamentada em princípios éticos e de direitos humanos, focaliza o subconjunto de diferenças em saúde refletindo a injustiça social, distinguindo as disparidades de saúde de outras diferenças, também garantindo uma atenção concentrada nas diferenças de saúde em geral.

- ✓ **Artigo 11** – Martínez Valle, Terrazas e Alvarez (2014). Para compreender como as desigualdades dos sistemas de saúde na Região das Américas podem ser reduzidas e formular recomendações para a elaboração de uma futura agenda de políticas públicas, Martínez Valle, Terrazas e Alvarez tiveram como objetivo estudar linhas de ação implementadas no México pelo setor de saúde, de 2007 a 2012, a fim de combater as iniquidades em saúde, visando aos determinantes sociais.

Os autores avaliaram o Programa Oportunidade de Desenvolvimento Humano (Programa de Desarrollo Humano Oportunidades – PDHO), direcionado às famílias de baixa renda que não possuem recursos para investir em educação, na saúde e na nutrição de seus filhos. Por meio do programa, o governo federal do México transfere recursos e disponibiliza os serviços do Ministério do Desenvolvimento Social, que coordena o planejamento, avaliação de oportunidades e o setor da saúde

Os autores encontraram resultados que mostraram que o PDHO teve impacto positivo em termos de proteção financeira das famílias de baixa renda.

Além disso, observou a redução do hiato entre trabalhadores cobertos pelo sistema de seguridade social e aqueles que não o eram. Ao reduzir a pobreza entre seus beneficiários, o PDHO também conseguiu reduzir as iniquidades em saúde. Os indicadores para Caravanas de la Salud, por outro lado, não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre as localidades de controle e as localidades abrangidas pelo programa, exceto no caso dos exames citopatológicos. Conclui-se que as estratégias devem centrar-se nos serviços de atenção primária, porque, a esse nível, é possível prestar cuidados mais abrangentes, concentrando-se na pessoa e não na doença. Também é necessário incluir fases periódicas de monitoramento e avaliação para oferecer a blindagem científica abrangente do sistema de proteção social e garantir sua eficácia

- ✓ **Artigo 12** – Blakely (2008). O autor apresenta o relatório da CSDH da OMS, que incluiu dois artigos relevantes. Primeiro, um artigo de Marmot e Friel sobre como a justiça social é apropriadamente a base explícita para o trabalho da CSDH, e o processo de abordar os DSS. O segundo artigo é o de Krieger sobre o uso da iconografia para representar modelos dos determinantes sociais das desigualdades em saúde. Os modelos incluem especificamente os termos “poder”, “classe”, “racismo” e “discriminação”, e a diferenciação entre Determinantes Estruturais e Determinantes Intermediários.

Blakely trouxe ainda em seu artigo o diagrama de Whitehead. Referência dos DSS, o diagrama tem sido usado como um modelo para compreender as desigualdades em saúde. Nele são encontrados o contexto político e as condições socioeconômicas, a posição social e o sistema de cuidado em saúde.

Na conclusão é ressaltado que o relatório da CSDH tem o potencial para se tornar um documento histórico, da mesma forma que Alma-Ata foi há 30 anos. O fato de ele corresponder a esse potencial dependerá da resposta da OMS e de seus países-membros no próximo ano e da adesão da sociedade civil, do setor privado e de outras partes interessadas.

- ✓ **Artigo 13** – Kunitz (2007). Foi constatado pelo autor que assim como o sexo, as drogas e o *rock and roll* foram fetichizados nos anos 1960, também foram feitos o mesmo com o sexo, a raça e os papéis sociais e seu impacto sobre a saúde de indivíduos e populações. O ponto que o autor gostaria de fazer é que esses três importantes atributos dos indivíduos não têm uma relação constante com a saúde e a doença. Seu significado é moldado pelo contexto histórico, socioeconômico, cultural e epidemiológico, entre outros. A medicina guia a terapia e o prognóstico e da aos sintomas um rótulo que proporciona aos pacientes e seus médicos uma sensação de controle. Todavia, o rótulo/diagnóstico restringem a compreensão de pacientes individuais e dos DSS das populações. Para tanto, é necessário entender os vários mundos dos povos com os quais nos preocupamos, pois é somente nesses mundos que o significado e a importância desses rótulos e sua associação – ou sua falta – com a saúde e a doença ficam claros.

- ✓ **Artigo 14** – Potvin et al. (2005). A partir da constatação de que a prática inovadora que resultou da Carta de Ottawa desafia o conhecimento da saúde pública sobre programação e avaliação existe a necessidade de formular uma teoria de programa que englobe os DSS e a mobilização dos atores locais para a mudança social. Da mesma forma, é necessário desenvolver uma teoria de avaliação que promova a compreensão reflexiva de programas de saúde

pública engajados na mudança social. Os autores acreditam que os avanços na teoria social contemporânea são fundamentais na crítica da modernidade, articulando teoria coerente com a prática e devem ser considerados ao abordar os desafios críticos.

- ✓ **Artigo 15 –** Gee e Ford (2011). A partir da constatação de que as minorias raciais suportam uma carga desproporcional de morbidade e mortalidade, essas desigualdades podem ser explicadas pelo racismo, dado o fato de que ele restringiu a vida das minorias raciais e dos imigrantes ao longo da história. Estudos recentes documentaram que indivíduos que relatam ter racismo têm taxas mais altas de doenças. Embora este corpo de pesquisa tenha sido inestimável no avanço do conhecimento sobre iniquidades em saúde, ele ainda localiza as experiências de racismo no nível individual. No entanto, a saúde dos grupos sociais é provavelmente mais fortemente afetada por fenômenos estruturais do que individuais. As formas estruturais do racismo e sua relação com as iniquidades em saúde permanecem pouco estudadas. Este artigo analisou várias maneiras de conceituar o racismo estrutural, com foco na segregação social, na política de imigração e nos efeitos intergeracionais. Estudos de disparidades devem considerar mais seriamente as múltiplas dimensões do racismo estrutural como causas fundamentais das disparidades de saúde.

- ✓ **Artigo 16** – Pega e Veale (2014). A partir da constatação de que o caso da CSDH da OMS não abordou a identidade de gênero em seu relatório final, Pega e Veale argumentaram que a identidade de gênero está sendo cada vez mais reconhecida como um importante determinante social da saúde (DSS), que resulta em iniquidades. Foram identificados pelos autores os direitos

humanos, como ferramentas políticas adequadas para abordar a identidade de gênero. Foi ressaltada a necessidade de incluir a identidade de gênero como um DSS em sua estrutura conceitual de ação.

- ✓ **Artigo 17** – Smedley (2012). A partir da constatação de que o racismo e a discriminação influenciam o status de saúde das pessoas não brancas, o foco desta pesquisa foi o racismo mediado individualmente, ou seja, atos de discriminação e preconceito racial cometidos por indivíduos brancos contra pessoas não brancas. No entanto, a literatura de pesquisa fornece numerosos exemplos de como o racismo opera não apenas em níveis individuais, mas também em níveis internalizados, institucionais e estruturais. O artigo destaca que é necessário um modelo mais abrangente da experiência vivida de raça que considere os efeitos cumulativos e interativos das diferentes formas de racismo na saúde ao longo da vida. Ademais, este modelo deve facilitar uma análise interseccional para entender melhor a relação entre raça e gênero, status socioeconômico, geografia e outros fatores, e deve considerar as consequências negativas do racismo para os brancos.

- ✓ **Artigo 18** – Koh et al. (2010). Foi constatado que a tradução de evidências de pesquisa para reduzir as disparidades de saúde emergiu como uma prioridade global. A Comissão da OMS de 2008 sobre os DSS recentemente pediu que as lacunas na saúde atribuíveis a fatores políticos, sociais e econômicos devem ser fechadas em uma geração. Atingir essa meta requer uma abordagem de determinantes sociais para criar sistemas de saúde pública que traduzam a eficácia documentada pela pesquisa em eficácia na comunidade. Koh et al. revisaram o escopo, as definições e o enquadramento das disparidades de saúde e exploraram programas locais, nacionais e globais

que abordam disparidades de saúde específicas. Tais esforços traduzem a evidência da pesquisa em cenários do mundo real e aproveitam a ação social colaborativa para uma mudança sustentável em larga escala.

- ✓ **Artigo 19** – Gkiouleka et al. (2018). Os autores constatam que apesar de quase uma década do relatório da Comissão da OMS sobre DSS que aconteceu em 2008, as desigualdades na saúde entre os países ainda permanecem na agenda de pesquisa. No entanto, ainda é necessário desenvolver um arcabouço teórico que integre os múltiplos fatores envolvidos nas desigualdades em saúde. Esta publicação é o relato da reunião da intersetorialidade e abordagens institucionais para as desigualdades em saúde, sugerindo um quadro analítico integrativo que explique a complexidade da influência entrelaçada do posicionamento social individual e da estratificação institucional na saúde. Este ensaio, portanto, avança o conhecimento emergente sobre a relevância da interseccionalidade para a pesquisa sobre desigualdades em saúde. Gkiouleka et al. argumentaram que a interseccionalidade fornece uma forte ferramenta analítica para uma compreensão integrada das desigualdades em saúde além do puramente socioeconômico, abordando as múltiplas camadas de privilégio e desvantagem, incluindo raça, migração e etnia, gênero e sexualidade. Foi demonstrado como a integração da interseccionalidade com as abordagens institucionais permite o estudo das instituições como entidades heterogêneas que impactam a produção de privilégios e desvantagens sociais além da (re) distribuição socioeconômica. Isso leva a uma compreensão da interação das macro e microfacetas da política de saúde. Definiram uma agenda de pesquisa considerando as interações/interseções entre indivíduos e instituições e

envolvendo uma série de implicações metodológicas para a pesquisa, argumentando que os desenhos quantitativos podem incorporar uma abordagem institucional interseccional.

6 DISCUSSÃO

6.1 Disparidades, desigualdade e iniquidade em saúde

Embora os termos disparidade, desigualdade e iniquidade sejam frequentemente usados de forma intercambiável, alguns autores apontam divergências conceituais. Reutter e Kushner (2010) (artigo 8) dizem que os termos refletem diferentes perspectivas sobre as causas e os resultados em saúde. Ao contrário das demais palavras, iniquidade reflete claramente uma orientação de valor, de justiça social, expondo mais nitidamente a causa das disparidades em saúde que estão enraizadas nas estruturas sociais. Tomando por referência diversos autores, Reutter e Kushner (2010) (artigo 8) afirmam que:

> Atualmente, o termo “iniquidades em saúde” é usado para se referir a disparidades de saúde ou desigualdades na saúde, particularmente no Canadá, no Reino Unido e na Europa e, mais recentemente, nos EUA. O termo “iniquidades em saúde”, ao contrário de “disparidades de saúde” e “desigualdades em saúde”, no entanto, reflete mais explicitamente uma orientação de valor da justiça social. Embora a desigualdade / disparidade em saúde seja um conceito empírico, descrevendo o que é e prontamente determinado por dados epidemiológicos, a iniquidade em saúde é um conceito normativo [...], sugerindo o que poderia ou deveria ser. As disparidades em saúde, então, são mais apropriadamente vistas como resultados causados por desigualdades nos fatores que contribuem para a saúde [...] (Reutter; Kushner, 2010).

Braveman et al. (2011b) (artigo10) fazem uma colocação sobre existir controvérsias sobre as definições de disparidades em saúde nos Estados Unidos. Essa definição pode implicar injustiça ou simplesmente refletir diferenças nos resultados de saúde, sendo aplicados em qualquer segmento populacional. No entanto, o termo disparidade tem sido usado como sinônimo de diferença, sem uma valoração moral, ou uma relação com a ideia de injustiça social.

Baseados na literatura científica, Luiz e Kayano (2010) destacam que o termo equidade tem uma dimensão ética e moral. Refere-se a diferenças desnecessárias que são evitáveis, consideradas injustas e insatisfatórias. A injustiça é fruto de um julgamento que deve ser feito no contexto de uma sociedade específica, de acordo com seus valores que são sociais e historicamente inscritos. Portanto, a definição de justiça não é única para todos os países nem para um mesmo país em diferentes períodos históricos, mas está em consonância com o processo político e social. Assim, os autores consideram que existe um consenso a respeito das diferenças injustas na afirmação de que grupos desfavorecidos não apenas sofrem maior incidência de doenças, mas também têm mais doenças crônicas e incapacidades em idade precoce, relacionadas com um padrão de deterioração da qualidade de vida.

A ideia de equidade em saúde tem em sua dimensão ética e moral, a saúde como um valor positivo, considerando o direito à saúde enquanto direito social, construído ao longo da história humana (Luiz, 2005).

Em relação à iniquidade, outro aspecto apontado por Buss e Pellegrini Filho (2007) diz respeito a aplicação de seu conceito que ora se refere a

diferenças injustas na qualidade de saúde de grupos, ora a diferenças injustas na oferta, distribuição e acesso aos serviços de saúde.

Já para Barreto (2017):

> Desigualdades referem-se aquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde). Iniquidades em saúde, por outro lado, referem-se às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. Reflete o como são traduzidas as desigualdades existentes e as diferencia em justas ou injustas, sendo que esta tradução varia entre as sociedades humanas. Em muitas sociedades, imensos diferenciais nos níveis de saúde entre indivíduos no topo ou na base da pirâmide social não são percebidos como injustiça. Isto pode acontecer em países desenvolvidos, pobres ou em desenvolvimento. Por outro lado, em outras sociedades, diferenças relativamente pequenas nos níveis de saúde são traduzidas em forte percepção publica de iniquidades (Barreto, 2017).

Embora alguns autores enfatizem a dimensão de injustiça social contida no significado do termo iniquidade para diferenciá-lo de desigualdade, outros continuam usando desigualdade, mantendo neste a mesma dimensão moral de injustiça social e, portanto, como sinônimo de iniquidade. A observação da literatura científica, portanto, ainda não permite fixar de forma definitiva iniquidade e desigualdade como conceitos diferentes.

6.2 Racismo, gênero, classe social e migração

Os estudos selecionados nesta Revisão de Escopo, apesar das diversas metodologias, realidades e objetivos, são semelhantes na compreensão de que os Determinantes Sociais devem embasar a elaboração das políticas de saúde e o planejamento, destacando a relevância dos Determinantes Estruturais e

Intermediários. A determinação socioeconômica predominou nos artigos aqui selecionados, reforçando o entendimento de que as iniquidades em saúde são determinadas predominantemente pela classe social.

Alguns artigos mais recentes, no entanto, apontam a necessidade de adicionar gênero e raça/etnia à classe social como recursos conceituais.

O artigo “Promoting health equity in conflict-affected fragilestates” examina a equidade em saúde em estados com fragilidades de conflitos por meio da identificação de diferenças nas chances de vida (ou oportunidades) em termos de variáveis explicativas, como nacionalidade, raça, gênero e grupos sociais (Bornemisza et al., 2010; Koh et al., 2010) (artigos 2 e 18).

Kunitz (2007) (artigo 13) considera que as associações entre sexo, raça e papéis sociais não devem estar de um lado e saúde doença do outro, pois isto excluiria a cultura dos contextos sociais. É preciso destacar que os Determinantes Sociais da doença são mais bem compreendidos em contextos específicos, e não somente como variáveis, pois, ser homem ou mulher, rico ou pobre, de países distintos, têm diferentes significados e diferentes consequências para a saúde em diferentes contextos.

Braveman et al. (2011b); Gee e Ford (2011); Koh et al. (2010) (artigos 10, 15 e18) notaram que para aprimorar as políticas de saúde, deve-se incluir como iniquidade social: gênero, raça ou etnia, educação ou renda e geografia do lugar:

> As disparidades de saúde são diferenças de saúde sistemáticas, plausivelmente evitáveis de acordo com raça / etnia, cor da pele, religião ou nacionalidade; recursos socioeconômicos ou posição (refletida por exemplo, renda, riqueza, educação ou ocupação); gênero, orientação sexual, identidade de gênero; idade, geografia, deficiência, doença,

> afiliação política ou outra; ou outras características associadas à discriminação ou marginalização. Essas categorias refletem vantagem social ou desvantagem quando determinam a posição de um indivíduo ou grupo em uma hierarquia social (Braveman et al., 2011b) (artigo10).

Ou seja, as “Disparidades em Saúde” podem surgir de uma discriminação ou marginalização, aumentando a desvantagem social e a vulnerabilidade dos indivíduos (Braveman et al., 2011b) (artigo 10).

Trazendo o olhar para a desigualdade de Gênero em países desenvolvidos, Gkiouleka et al. (2018) (artigo 19) relatam as mulheres apresentam pior saúde do que os homens (principalmente em saúde mental):

> [...] Hoje, enfrentamos uma realidade paradoxal onde, embora algumas mulheres - predominantemente de classe média branca em países de alta renda - tenham alcançado o topo da hierarquia na política, nas instituições financeiras ou na academia, as mulheres continuam super-representadas entre as populações mais pobres do mundo e segregadas em setores menos remunerados e menos regulamentados, onde os papéis de gênero ainda são rígidos. E apesar das mulheres reivindicarem sua autonomia corporal dinamicamente, a violência por parceiro íntimo ainda é uma séria ameaça à saúde pública, especialmente em contextos menos afluentes (Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19).

Embora muitas mulheres dos Estados Unidos sejam ricas e ocupem altos cargos profissionais e políticos, como grupo, elas são mais propensas que os homens a serem pobres, e a ganhar menos em determinado nível educacional (Braveman et al., 2011b) (artigo 10).

Os homens em geral têm menor expectativa de vida, no entanto, as desigualdades de gênero seriam, sim, uma questão de importância para a saúde pública baseada na magnitude do impacto potencial na população (Braveman et al., 2011b) (artigo 10).

Levando a discussão para a Identidade de Gênero, Pega e Veale (2015) (artigo 16) afirmam que esta categoria é frequentemente negligenciada quando os DSS estão sendo discutidos. O relatório final da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde e a Revisão Europeia da OMS sobre DSS omitiram em suas discussões sobre iniquidades em saúde a “Identidade de Gênero”.

Vale ressaltar que “Gênero”, “Identidade de Gênero” e “Orientação Sexual” são três categorias diferentes. O conceito de gênero – de acordo com a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde – está sendo abordada como iniquidades em saúde entre mulheres e homens. No entanto, a estrutura conceitual não incluiu a “Identidade de Gênero” como um DSS (Pega; Veale, 2015) (artigo 16).

Os autores se referem à orientação sexual como “atração sexual, que é conceitualmente distinta da “Identidade de Gênero”. Ou seja, pessoas transgêneros podem ser sexualmente atraídas (comportamento sexual) por pessoas de qualquer gênero e podem “adotar identidades sexuais diversas” (Pega; Veale, 2015) (artigo 16).

Embora a identidade de gênero em si não determine a saúde, ela estratifica socialmente a população, e, portanto, a expõe a fatores de risco diferentes como a transfobia. A identidade de gênero é semelhante à estratificadores sociais mais estabelecidos, como etnia e orientação sexual, que influenciam a saúde por meio de DSS como racismo, homofobia e bifobia (Pega; Veale, 2015) (artigo 16). Essas condições sociais prejudicam as pessoas trans por meio da exclusão social:

> [...] as pessoas trans são quase 5 vezes mais propensas a terem sido encarceradas do que a população em geral e estão em risco considerável de exposição à violência policial; uma iniciativa de treinamento policial foi lançada este ano para tratar dessa preocupação. Discriminação contra pessoas transexuais em moradia e emprego é permitida em 36 estados dos EUA. Correspondentemente, apesar de ser mais altamente educado do que a população em geral, pessoas trans experimentam taxas mais altas de desabrigo e desabrigados. Desemprego e renda mais baixa. Pesquisas demonstraram que experiências de discriminação e estigmatização estão associadas a sofrimento psicológico entre pessoas transgêneros (Pega; Veale, 2015) (artigo 16).

As diferenças de inclusão social afetam as várias formas de ter saúde, como a saúde mental. “O direito das pessoas transgêneros à saúde muitas vezes não é respeitado, muito menos protegido ou cumprido” (Pega; Veale, 2015) (artigo 16).

Os autores propõem o fortalecimento de uma definição de Identidade de Gênero, distinguindo-a das definições da OMS de sexo e gênero, pois envolvem diferentes aspectos da desigualdade de saúde. “As diferenças entre transgêneros e cisgêneros são de natureza diversa daquelas entre mulheres e homens” (Pega; Veale, 2015) (artigo 16).

As definições de políticas devem ser elaboradas com a participação da comunidade transgênero, com especial atenção para o combate à discriminação, de forma a garantir maior acessibilidade aos serviços de saúde (Braveman et al., 2011b; Pega; Veale, 2015) (artigos 10 e 16).

Logo, os autores recomendam que as definições da OMS sobre os Determinantes Sociais, Estruturais e Intermediários incorporem Identidade de Gênero e Orientação Sexual (Pega; Veale, 2015) (artigo 16).

Todo indivíduo deve ter a capacidade de alcançar seu estado de saúde ideal sem distinção baseada em “raça ou grupo étnico, cor da pele, religião,

idioma ou nacionalidade; recursos socioeconômicos ou posição; gênero, orientação sexual ou identidade de gênero; incapacidade ou doença física, mental ou emocional” ou a outras características que têm ligação histórica à discriminação ou à exclusão de oportunidades sociais e políticas (Braveman et al., 2011b) (artigo10).

Pessoas na condição de refugiadas, sofrem pela pobreza e, muitas vezes, por perseguição. Implicações particulares nesta situação estão relacionadas com o escasso acesso aos direitos civis, políticos e humanos; discriminação, microagressões cotidianas e crescente xenofobia, causando traumas físicos e psicológicos (Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19).

Foi observado que os direitos de mulheres migrantes, como emprego, acesso à assistência médica e seguridade social, foram frequentemente dependentes de um membro masculino da família (Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19). Poucos países aplicam políticas equitativas e de acesso para os migrantes e refugiados, o que acentua os problemas de saúde, especialmente a saúde mental.

Gee e Ford (2011) (artigo 15) discutem sobre a categoria raça/etnia, e dizem que o racismo pode ser uma das causas das desigualdades em saúde. Pessoas que relataram sofrer racismo apresentavam pior saúde do que os demais.

Bornemisza et al. (2010) (artigo 2) explanam que países com fortes estratificações sociais e étnicas e com desigualdades substanciais de saúde deveriam oferecer mais benefícios a grupos negligenciados.

Pagano (2014) (artigo 6) apresentou dados etnográficos de dois anos de trabalho de campo em clínicas públicas brasileiras e em bairros de baixa renda.

Sabendo que foi reconhecida, em 2006, a política voltada para etnia no Brasil, a pesquisa baseou-se nos pressupostos de que a identidade racial e o racismo são determinantes importantes da saúde, abordando, assim, o tema das disparidades étnicas. Um dos relatos aponta que os negros têm melhor saúde que os brancos: *"brancos sofrem mais; negros são mais fortes. As pessoas brancas são mais fracas em seu sangue e na saúde cardiovascular. Isso vem da natureza deles*" (Pagano, 2014) (artigo 6). Já outra pessoa referia que o negro tinha pior saúde devido ao sangue. Daqueles que afirmaram que os negros têm pior saúde, apenas alguns atribuíram a disparidade aos fatores socioeconômicos (Pagano, 2014) (artigo 6).

A ideia de que os negros são fisicamente mais fortes do que os brancos vêm de raízes culturais que consideram que a escravidão teria selecionado geneticamente os mais fortes. A autora ressalta também que esse tipo de narrativa não é exclusivo do Brasil. A discriminação pode afetar a saúde e, portanto, deve ser considerada na elaboração de políticas de saúde (Pagano, 2014) (artigo 6). No Brasil, pretos e pardos morrem desproporcionalmente de HIV/AIDS, homicídio, alcoolismo, diabetes, tuberculose etc. As taxas de mortalidade materna das mulheres negras são sete vezes maiores do que as das brancas. A expectativa de vida dos negros brasileiros é de cinco a três anos menor do que a dos brancos (Pagano, 2014) (artigo 6).

Evandrou et al. (2016) (artigo 5) apontam que, na década de 2001-2011, a Inglaterra e o País de Gales testemunharam o aumento na proporção de indivíduos negros e minorias étnicas de 8% da população total para 14%, alcançado aproximadamente 7,8 milhões de pessoas. A desigualdade étnica na saúde do Reino Unido tem sido bastante documentada, e estudos mostram que

negros e pessoas de minorias étnicas geralmente têm probabilidade maior de relatar saúde precária do que a população branca. Os autores verificaram que mesmo controlando o status socioeconômico, idade, sexo e tempo de permanência no país, as desigualdades étnicas ainda persistiam, apesar da diversidade de países de origem desta população (Evandrou et al., 2016) (artigo 5).

Smedley (2012) (artigo 17) também explorou a questão raça/etnia na saúde e afirmou que as “mulheres negras que relataram ter sido vítimas de discriminação racial tiveram 31% mais chances de desenvolver câncer de mama do que aquelas que não denunciaram discriminação racial” (Smedley, 2012) (artigo 17).

Jones (2014) (artigo 3) diz que raça, sexo; etnia, e classe social mostram como as oportunidades são baseadas de forma estruturada e como o valor é atribuído em nossa sociedade, garantindo a perpetuação da segregação segundo o status de raça em escolas, locais de trabalho e serviços de saúde.

Gee e Ford (2011) (artigo 15) ressaltam as “disparidades raciais em matrículas em cursos avançados versus cursos menos avançados”, isolando simultaneamente os grupos raciais uns dos outros e concentrando exposições e recursos.

6.3 Interseccionalidade

Como visto, os Determinantes Estruturais mostram a necessidade de adicionar gênero e raça/etnia à classe social como recursos conceituais. Dessa forma, os autores Gkiouleka et al. (2018) (artigo 19) trazem a discussão da

interseccionalidade por ser uma ferramenta analítica que aprofunda a compreensão das desigualdades, integrando conceitualmente a interação entre os DSS, especialmente os marcadores socioeconômicos, raça, migração, gênero e sexualidade.

A interseccionalidade foi desenvolvida por pensadores e ativistas negros ao realizar a contextualização das desvantagens múltiplas que as mulheres negras sofrem, destacando que as desvantagens sociais de ser negro não apenas se somam às desvantagens de ser mulher, mas que os efeitos de ambos os fatores se multiplicam e são amplificados. Desde então, a interseccionalidade tem influenciando campos de diversas áreas de pesquisa e em diferentes contextos (Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19).

> [...] os princípios básicos da interseccionalidade como uma estratégia analítica, afirmando que categorias sociais como gênero, raça, classe ou sexualidade são mutuamente construídas e estão subjacentes a sistemas de poder que promovem formações sociais de desigualdades sociais complexas (Collins, 2015 apud Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19).

A interseccionalidade revela a normalização da invisibilidade de certos indivíduos, comunidades e população. Marcadores identitários de diferenças sociais (gênero, raça/etnia, classe social, entre outros), na perspectiva interseccional, são constitutivos dos determinantes estruturais da saúde. Estes marcadores não se diluem, estão articulados como características que se sobrepõem e, portanto, não deve ser dada precedência ou proeminência a nenhum deles na análise. Embora haja consenso sobre a necessidade de refinamento metodológico, o caráter inovador da interseccionalidade tem sido reconhecido.

Os debates sobre os determinantes sociais do processo saúde e doença têm incorporado as definições de Determinantes Estruturais e Intermediários. Os Determinantes Estruturais refletem a distribuição de riqueza, poder e prestígio em sociedades estratificadas segundo as classes sociais, raça, gênero, sexualidade, entre outros. A conexão teórica entre os DSS e a estratégia analítica da interseccionalidade pode potencializar de forma exponencial a abordagem das desigualdades sociais.

> Em tempos de grandes mudanças socioeconômicas e políticas, uma síntese dos insights interseccionais e institucionais sobre as iniquidades em saúde destaca como determinados grupos são excluídos dos discursos sobre desigualdades em saúde e possibilita a análise simultânea dos efeitos da saúde [...] (Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19).

É importante ressaltar que, em muitos estudos sobre desigualdades em saúde, os aspectos socioeconômicos se sobressaem em relação aos demais determinantes sociais, obscurecendo os múltiplos e complexos sistemas de estratificação. Quando raça e gênero são incorporados, ocorre uma justaposição que ignora a interrelação entre os diversos marcadores sociais da diferença. (Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19).

Buscando um aprofundamento da discussão sobre interseccionalidade, os autores usam como exemplo a importância do uso da raça na avaliação das desigualdades em saúde. O uso intercambiável de raça e etnia (minorias étnicas) resulta da rejeição da raça como uma categoria bastante irrelevante. No entanto, levando em consideração o contexto sócio-histórico, observando a lente interseccional, a raça sempre foi uma categoria fundamental de construção significativa como conceitualização da Europa como “terra da brancura”, foi da exploração e movimento forçado de populações racializadas

que se teve a expansão europeia e o domínio global de colonização e escravidão associada à violência (Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19).

Os sujeitos racializados na Europa têm um legado de opressão que ainda é responsável pelo aumento da marginalização econômica, violência física, discriminação e barreiras culturais e institucionais no acesso aos cuidados de saúde (Gkiouleka et al., 2018) (artigo 19).

De acordo com Smedley (2012) (artigo17), existem tipos de racismos: o racismo estrutural e o racismo institucional. O racismo estrutural resulta de um sistema de estruturas sociais que geram efeitos cumulativos e duradouros. Pode-se ter como exemplo a segregação residencial, sofrendo uma desproporcional concentração de riscos, como degradação ambiental, consumo de alimentos não saudáveis, elevado consumo de álcool e tabaco e relativa falta de recursos para melhorar a saúde (acesso geográfico, espaços seguros e recreativos etc.). Esses fatores sobre vizinhança impactam de várias maneiras a saúde, influenciando a saúde mental, especialmente pelo maior nível de criminalidade e violência.

O racismo institucional é resultado de políticas, práticas e procedimentos de instituições que causam efeito negativo do acesso da minoria racial, como também na qualidade de bens, serviços e oportunidades (Smedley, 2012) (artigo 17). Ou seja, o baixo status socioeconômico e o isolamento social associados à segregação residencial podem aumentar a vulnerabilidade e o estresse:

> A análise interseccional facilita o entendimento das complexas dimensões de raça, gênero, status socioeconômico, geografia e outros fatores. O racismo, a exploração de gênero e classe e outras formas de opressão não agem independentemente

> umas das outras; em vez disso, eles agem em níveis múltiplos e frequentemente simultâneos. Os esforços decorrentes do desgaste do gênero, recursos econômicos limitados e condições comunitárias negativas, como altos níveis de degradação ambiental e opções nutricionais limitadas, afetam a saúde humana, mas podem ser mais profundos [...] (Smedley, 2012) (artigo 17).

Smedley (2012) (artigo 17) explica uma proposta de estudiosos da área da Saúde Pública sobre métodos transdisciplinares – como a teoria da “Raça Crítica” – para ajudar a entender e abordar as muitas formas de desigualdade estrutural e seus efeitos na saúde. Uma das propostas é a utilização de testes de interações e análises multinível, abordando a complexa interrelação entre raça, gênero e classe, bem como com outras formas de opressão.

6.4 Uma agenda para equidade

Schofield (2007) (artigo 9) aponta que enfrentar as diferenças injustas requer abordagens científicas e ferramentas para a condução de análises causais de saúde, sendo o social operacionalizado em termos de determinantes distintos e fortemente correlacionado com condições de saúde específicas.

De acordo com essa lógica, a abordagem dos DSS é um instrumento para tornar o problema da desigualdade em saúde palpável por autoridades institucionais, e, assim, subsidiar políticas (Schofield, 2007) (artigo 9).

Bornemisza et al. (2010) (artigo 2) citam alguns exemplos de estratégia que seriam primordiais para o impacto positivo na equidade, explanando três categorias de intervenção: o fortalecimento da política pró-equidade e funções

de planejamento; capacitação de prestadores de serviços de saúde; e reduzir barreiras de acesso e participação para grupos excluídos.

Smith et al. (2009) (artigo 4) indicam como ação para reduzir as desigualdades a abordagem de problemas de atenção da saúde nas áreas remotas, rurais e carentes. Dando destaque aos serviços de saúde na atenção primária, fortalecendo as equipes e a promoção da saúde.

Martínez Valle, Terrazas e Álvarez (2014) (artigo 11) destacam a atuação em comunidades marginalizadas e vulneráveis; o acesso universal e a superação da pobreza. Além disso, advogam a transferência de recursos com o compromisso de garantir o acesso à educação das crianças, a assistência à saúde, ações preventivas e nutricionais.

Para diminuição das desigualdades sociais e de saúde, Padilha (2011) (artigo 1) aponta a descentralização dos sistemas de saúde, as políticas de transferência de renda, aumento do salário mínimo nacional, a prioridade aos direitos humanos e sociais, políticas socialmente inclusivas que abordam grupos vulneráveis, investimento em iniciativas culturais. Além disso, políticas antidiscriminação relativas a gênero, raça, orientação sexual e etnia.

Young e McGrath (2011) (artigo 7) relatam que os bons resultados na saúde se relacionam com o acesso a serviços de saúde, incluindo profissionais de saúde, burocratas e políticos.

Blakely (2008) (artigo 12) salienta o aprimoramento das condições socioeconômicas, implantação de políticas mais redistributivas, foco na atenção primária e secundária e crescente desenvolvimento de prestação dos serviços sociais e de saúde.

Ademais, para garantir que há implementação das políticas de enfrentamento das desigualdades, Bornemisza et al. (2010) (artigo 2) apontam a necessidade de produção de dados que permitam a desagregação e a subanálise com base na etnia, sexo e status de deslocamento, de forma a contribuir para a redução das barreiras de acesso e à participação de grupos desfavorecidos.

Schofield (2007) (artigo 9) defende uma maior colaboração entre sociólogos e profissionais da área da saúde, das comunidades e pesquisadores comprometidos com o avanço da equidade em saúde.

Reutter e Kushner (2010) (artigo 8) referem a importância das avaliações na saúde, desenvolvimento de metas e indicadores com a ressalva para a consistência da colaboração entre setores do governo com parceiros não governamentais e a população:

> [...] são identificados três papéis vitais para os governos: (i) assegurar a provisão de serviços básicos e promover os direitos humanos e o direito a um padrão de vida decente, promovendo uma distribuição mais equitativa de Recursos; (ii) desenvolver marcos legislativos e regulatórios para influenciar as ações dos outros; e (iii) monitorar o estado de saúde (Reutter; Kushner, 2010, p. artigo) (artigo 8).

Reutter e Kushner (2010) (artigo 8) dizem também que organizações sociais formais têm um papel importante não só para defender e monitorar como também para dar voz, principalmente, aos povos marginalizados, defendendo a mobilização das comunidades. Ressaltam ainda a importância da moradia, assistência infantil de qualidade e educação, emprego justo e proteção social abrangente e universal.

Uma forma de sintetizar as ações propostas no material empírico pode ser a que segue:

Na área econômica:

- Redistribuição de renda com transferência de recursos para populações desfavorecidas;
- Aumento do salário mínimo;
- Criação de empregos.

Ações intersetoriais

- Educação;
- Cultura;
- Assistência social;
- Moradia.

Área Jurídica

- Arcabouço que garanta o respeito aos direitos humanos, especialmente os direitos sociais;
- Criação de marcos legislativos e regulatórios;
- Políticas antidiscriminação de gênero, raça e orientação sexual.

Na saúde

- Descentralização dos sistemas de saúde;
- Planejamento com o desenvolvimento de metas e indicadores de avaliação;
- Atuação em áreas carentes;

- Fortalecimento da atenção primária, das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Redução das barreiras de acesso;
- Capacitação de recursos humanos;
- Participação da população e de usuários.

Na pesquisa

- Incremento das análises em saúde que considerem a dimensão social;
- Produção de dados desagregados por raça, gênero e classe social.

7 OBSTÁCULOS E DESAFIOS

Os artigos aqui analisados consideraram a articulação de sujeitos e setores diversos, com diferentes saberes e relações de poder, a transformação da saúde em mercadoria, a polarização entre os setores públicos e privados e os acessos insuficientes a informação etc. como principais obstáculos e desafios no aprimoramento das políticas de saúde mais inclusivas.

7.1 Intersetorialidade

Potvinet et al. (2005) (artigo 14) trazem em seu artigo a ação intersetorial como estratégia-chave de intervenção. Uma estratégia integrada de promoção e prevenção da saúde deveria empregar parcerias intersetoriais que reúnam multiplicidade de atores tanto das instituições sociais quanto da sociedade civil.

Reutter e Kushner (2010) e Padilha (2011) (artigos 8 e 1) também ressaltam a intersetorialidade como fundamental.

7.2 Liberalismo econômico e mercado

O fortalecimento da lógica de mercado é apontado pelos autores como um importante obstáculo para a redução das iniquidades em saúde e a atuação nos determinantes sociais. O neoliberalismo propunha que o Estado deveria apenas dar condições para que o mercado seguisse de forma natural seu curso. Daí a defesa das privatizações, da austeridade fiscal, da desregulamentação, do livre comércio, e o corte de despesas governamentais

a fim de reforçar o papel do setor privado na economia (Reutter; Kushner, 2010) (artigo 8).

Reduzir o papel do Estado e cortar as despesas governamentais implicam redução de recursos para políticas públicas de caráter social, ou seja, menos dinheiro para a saúde, educação, segurança social, entre outras. Segundo os autores, essa lógica acaba por aumentar a desigualdade (Reutter; Kushner, 2010) (artigo 8).

De acordo com Reutter e Kushner (2010) (artigo 8), a lógica de mercado incentiva o recuo da intervenção governamental, gerando na saúde um olhar mercantilizado, com privatizações dos serviços, limitando os programas universais de proteção social e responsabilidade individual e não coletiva pelo bem-estar da população.

Outra consequência da lógica de mercado é o direcionamento do financiamento da saúde para atendimento clínico, legitimando uma abordagem centrada na doença exclusivamente, ao invés da abordagem das causas relacionadas com as desigualdades e os determinantes sociais. Com isso, o mercado médico hospitalar cresce, pois o incentivo à produção de medicamentos cada vez mais sofisticados e equipamentos médicos de alta tecnologia contribui para a concentração de renda, com impacto insuficiente na qualidade de saúde (Reutter; Kushner, 2010) (artigo 8).

Martínez Valle, Terrazas e Álvarez (2014) (artigo 11) lembram que a lógica de mercado acaba por refletir em um sistema de saúde dicotômico, com instituições públicas convivendo com instituições privadas; e, com isso, a qualidade do atendimento e o acesso aos serviços ocorrem de forma desigual e injusta.

7.3 Participação da população

A organização e integração de conhecimento sobre os DSS e as práticas inovadoras para contribuir para programas que têm por objetivo mudanças sociais na saúde pública são outro desafio apontado por Potvin et al. (2005) (artigo14):

> Tais práticas não são apenas uma questão de reunir indivíduos sob o guarda-chuva de um programa planejado e implementado por profissionais de saúde pública. O objetivo é estabelecer parcerias duradouras com todos os atores de uma comunidade preocupados com questões que afetam a saúde. Além disso, esses projetos abrangem um vasto espectro de ciências sociais e da vida e promovem a troca de conhecimentos relevantes entre profissionais e leigos. Diálogos amplos, realizados de modo não hierárquico, podem criar um conhecimento essencial no qual soluções prontamente disponíveis não podem ser implementadas. Essas intervenções desenvolvidas com comunidades - e não aplicadas a - exigem uma mudança nos paradigmas de planejamento de programas. Uma mudança de paradigma generalizada ajudaria a levar as práticas de planejamento e parceria da mera criação de processos consultivos para a apropriação de programas e o empoderamento de atores mobilizados da comunidade (Potvin et al., 2005) (artigo 14).

A literatura já ilustra muitas ações renovadoras que abrem novas direções em trabalhos teóricos, porém, o domínio do pensamento voltado para uma resolutividade “apressada” propicia um campo de não valorização da prática horizontal.

7.4 Avaliações reflexivas

Um dos grandes desafios é desenvolver avaliações que promovam compreensões reflexivas dos programas de saúde pública, (Povtin et al., 2005) (artigo 14).

> Profissionais que tentam implementar programas de mudança social raramente encontram ferramentas conceituais pertinentes à sua prática no discurso baseado em evidências. Eles argumentam corretamente que as estimativas generalizáveis de efeitos constituem apenas um dos muitos indicadores que refletem sobre sua prática. Esses indicadores não são muito úteis porque são sintéticos, distais e não fornecem informações sobre a dinâmica da mudança (Potvin et al., 2005) (artigo 14).

7.5 Segregação e saúde

Gee e Ford (2011) (artigo 15) afirmam que é necessário aumentar a atenção e os estudos sobre a relação da segregação com as doenças e as disparidades em saúde, pois poucos estudos foram encontrados retratando esse problema de saúde. Reiteram também que é necessário examinar os mecanismos mediadores, pois doenças podem estar relacionadas com o nível físico de exposição, nível de estresse, salários reduzidos; e estes podem ser mais encontrados na população mais segregada. Por fim, a pesquisa deve considerar as interações entre diferentes formas de segregação, por exemplo:

> [...] os indivíduos que vivem em comunidades residencialmente segregadas e trabalham em locais de trabalho segregados estão em “risco duplo” de adoecer? Criar um índice holístico de “vida segregada” pode ser útil para resumir múltiplos contextos de segregação. Esse índice poderia ser construído em pontos específicos no tempo e em todo o curso da vida, para avaliar como a segregação pode influenciar trajetórias de desvantagens sociais e disparidades de saúde (Gee; Ford, 2011) (artigo 15).

7.6 Acesso à informação

Gee e Ford (2011) (artigo 15) comentam sobre a divisão digital como desigualdades no acesso a computadores e à internet, refletindo uma forma atual de estratificação social. A porcentagem de quem possui computador é maior com os brancos do que os afro-americanos. O acesso à informação nos tempos atuais é um instrumento de recurso educacional e informativo. Sendo assim, é necessário investir em pesquisas sobre os meios de informação eletrônicos, pois são considerados pelos autores um dos contribuintes para as disparidades em saúde e no acesso a informação. Para isso, deve-se examinar como as interações cibernéticas podem influenciar diretamente o comportamento (Gee; Ford, 2011) (artigo 15).

8 CONCLUSÃO

A relação entre saúde e sociedade tem ocupado os debates internacionais, alavancada pela OMS com a criação da CSDH. A perspectiva teórica da OMS, no entanto, diferencia-se do pensamento da epidemiologia social constituído na América Latina na década de 1970 sobre a determinação social da saúde.

A constatação de disparidades na morbimortalidade de diferentes grupos sociais como consequência das condições de vida e trabalho, da distribuição desigual de recursos, do acesso diferenciado a serviços assistenciais está na base das formulações sobre os determinantes sociais como proposto pela OMS. As críticas às formulações da OMS apontam que estas reduzem e fragmentam a realidade social ao não considerar os múltiplos processos econômicos envolvidos no processo saúde e doença. Apontam que é necessário reconhecer as transformações da sociedade ao longo da história e o papel do modo de produção na origem dos processos de adoecimento e morte, afirmando o antagonismo entre vida saudável e acumulação capitalista. A epidemiologia social, portanto, toma a classe social, concebida segundo a teoria marxista, como determinante central da situação de saúde.

Em uma perspectiva teórico-metodológica diversa da epidemiologia social, a interseccionalidade aponta que marxismo, embora relevante, não é suficiente para explicar a complexidade das atuais desigualdades sociais. Dessa forma, esta proposta propõem a integração conceitual entre marcadores de classe social, raça/etnia, gênero e sexualidade, por entender que são mutuamente construídas e estão subjacentes ao sistema de poder que

promove formações complexas de desigualdades sociais. Marcadores de diferenças sociais na perspectiva interseccional são constitutivos dos determinantes estruturais da saúde. Tais marcadores estão articulados como características que se sobrepõem e são reflexo da distribuição de riqueza, poder e prestígio em sociedades estratificadas segundo as classes sociais, raça, gênero, sexualidade, entre outros. A conexão teórica entre os DSS e a estratégia analítica da interseccionalidade pode potencializar de forma exponencial a abordagem das desigualdades sociais.

A relação entre saúde e sociedade é ainda problematizada na teoria ecossocial de Krieger e na concepção de vulnerabilidade de Ayres, embora não dialoguem formalmente com os determinantes sociais.

Todas as perspectivas teóricas aqui elencadas, ainda que divergentes na explicação do processo saúde e doença, direta ou indiretamente, admitem a saúde como direito e defendem que grupos sociais não deveriam adoecer de forma diferente, se essa diferença puder ser evitada. Nenhuma delas ignora a estratificação das classes sociais como determinante, a diferença está na centralidade que o modo de produção capitalista assume na compreensão da saúde.

Foi possível identificar neste trabalho, contudo, uma agenda síntese que perpassa ações na área econômica, propondo a redistribuição da riqueza; políticas públicas intersetoriais e mudanças no arcabouço jurídico, sem esquecer que os determinantes sociais mais bem compreendidos quando se reconhece a dialética entre contextos específicos e os macro determinantes políticos e econômicos, identificando os diferentes significados e consequências para a saúde.

9 ANEXO

9.1 Aprovação do Comitê de Ética da FMUSP

MEDICINA
USP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13/12/2017, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº **404/17** intitulado**: Epidemiologia nos serviços de saúde e os Determinantes sociais: Uma revisão de escopo.** Apresentado pelo **Departamento Medicina Preventiva.**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Olinda do Carmo Luiz
Pesquisador (a) Executante: Anna Larice Meneses Galvão

CEP-FMUSP, 13 de Dezembro de 2017.

Profa. Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep.fm@usp.br

10 REFERÊNCIAS

Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à epidemiologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 4a ed., ver. e ampliada; 2006.

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int j soc res methodol*. 2005;8(1):1932.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr. I. Risco vulnerabilidades e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Akerman M. et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Editora Hucitec; 2006, p. 375-417.

Ayres JRCM, Paiva V, França Jr. I. From Natural History of Disease to Vulnerability: Changing Concepts and Practices in Contemporary Public Health In: Parker R, Sommer M., editors. *The Routledge Handbook of Global Public Health.* New York/London: Routledge; 2010, p. 89-107.

Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 118 p. (Coleção Temas em saúde).

Barata RB. Epidemiologia e políticas públicas. *Rev bras epidemiol* [Online]. 2013 [citado 21 nov 2017];16(1):3-17. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0003.pdf.

Barata RB. Epidemiologia social. *Rev bras epidemiol* [Online]. 2005 [citado 21 nov 2017];18(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002.

Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc saúde coletiva* [Online]. 2017 [citado 4 abr 2019];22(7):2097-2108. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2097.pdf.

Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Rev bras ciênc soc*. 2000;15(42):123-42.

Bartley M, Ferrie J, Montgomey SM. Health and labour market disadvantage: unemployment, non- employment, and job insecurity. In: Marmot M, Wilkinson RG, organizators. *Social determinants of health.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006;96-80.

Blakely T. Iconography and Commission on the Social Determinants of Health (and health inequity). *J epidemiol community health.* 2008;62(12):1018-20.

Borde E, Alvarez MH, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde debate* [Rio de Janeiro]. 2015;39(106)841-854.

Bornemisza O, Ranson MK, Poletti TM, Sondorp E. Promoting health equity in conflict-affected fragile states. *Soc sci med.* 2010;70(1):80-8.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. 292 p.

Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2011a;32:381-98.

Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. *Am j public health*. 2011b;101(S1):S149-55.

Breihl J, Granda, E. *Saúde na Sociedade:* guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde, Abrasco, 1989.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Rio J., Online]. 2007 [citado 21 nov 2017];7(1):77-93. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf.

Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniqüidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saúde Pública* [Online]. 2006 [citado 15 Out 2017];22(9). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/26.pdf.

Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM, et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Rev bras educ méd.* 2012;36(suppl 1):40-50.

Carta de Ottawa. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.* Ottawa, novembro de 1986 [citado 12 Ago 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

Carvalheiro JR, Heimann LS, Derbli M. *O Social na Epidemiologia:* um legado da Cecília Donnangelo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2014.

Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030* – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [Online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2013;(2)19-38. Disponível em: http://books.scielo.org/id/8pmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf.

Carvalho AI, Buss Paulo M. *Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In:* Giovanella L, organizador. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2008. 1110 p.

Ceballos AGC. *Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde*. Recife: [s.n.]; 2015.

Chapman AR. The social determinants of health, health equity, and human rights. *Health hum rights.* 2010;12(2):17-30.

Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. *Os sentidos da saúde e da doença.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. 119 p. (Coleção Temas em saúde).

Dalla Nora CR, Zoboli E, Vieira MM. Sensibilidade Moral dos Enfermeiros Avaliada por Scoping Review. *Cogitare enferm* [Online]. 2017 [citado 21 nov 2017];22(2). Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47162/pdf.

Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int j nurs stud.* 2009 Oct;46(10):1386-400.

Evandrou M, Falkingham J, Feng Z, Vlachantoni A. Ethnic inequalities in limiting health and self-reported health in later life revisited. *J epidemiol community health.* 2016;70(7):653-62.

Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate*. 2017;41(112):63-76.

Gee GC, Ford CL. Structural racism and health inequities. *Du Bois Rev.* 2011;8(01):11532.

Gkiouleka A, Huijts T, Beckfield J, Bambra C. Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions - A research agenda. *Soc sci med.* 2018;200:92-8.

Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1996;12(supl. 2):S95-S98.

Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q*. 2004;82(1):101-24.

Harrison KM, Dean HD. Use of Data Systems to Address Social Determinants of Health: A Need to Do More. *Public health rep*. 2011;126(3_suppl):1-5.

Herzlich C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis* (Rio J.). July 2004;14(2):383-394.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Síntese de indicadores sociais:* uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

Jones CP. Systems of Power, Axes of Inequity: Parallels, Intersections, Braiding the Strands. *Med care.* 2014;52:S71-5.

Koh HK, Oppenheimer SC, Massin-Short SB, Emmons KM, Geller AC, Viswanath K. Translating Research Evidence Into Practice to Reduce Health Disparities: A Social Determinants Approach. *Am j public health.* 2010;100(S1):S72-80.

Krech R. Working on the social determinants of health is central to public health. *J public health policy*. 2012;33(2):279-84.

Krieger N. *Epidemiology and the people's health:* theory and context. New York: Oxford University Press; 2011. 381 p.

Krieger N. Ladders, pyramids and champagne: the iconography of health inequities. *J epidemiol community health.* 2008;62(12):1098–1104.

Kunitz SJ. Sex, race and social role—history and the social determinants of health. *Int j epidemiol.* 2007;36(1):3-10.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Trad. E. D. Nunes. *Revista Latinoamericana de Salud* (México). 1982;2:7-25.

Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement sci* [Internet]. 2010 Dec [cited 2017 Sep 27];5(1). Available from: https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-69.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc saúde coletiva* [Online]. 2001 [citado 20 jan 2018];6(2):269-291. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf.

Luiz OC. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq méd ABC* [Santo André]. 2005;30(2):69-75.

Luiz OC. *Perspectivas da avaliação de situação de saúde:* uma apreciação crítica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva; 1997.

Luiz OC, Kayano J. Saúde e direitos: princípios para ação. *BIS*, Bol. Inst. Saúde (Impr.). 2010 Ago;12(2):115-121.

Marmot M, Allen JJ. Social Determinants of Health Equity. *Am j public health.* 2014;104(S4):S5179.

Marmot M, Wilkinson RG, organizators. *Social determinants of health.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006.

Martínez Valle A, Terrazas P, Alvarez F. How to reduce health inequities by targeting social determinants: the role of the health sector in Mexico. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;35(4):264-9.

Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Rev saúde pública.* 1991;25(3):233-8.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento:* Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.

Nazroo JY, Williams DR. The social determination of ethnic/racial inequalities in health. In: Marmot M, Wilkinson RG, organizatores. *Social determinants of health.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006, p. 238-66.

Organização Mundial da Saúde – OMS. *Cuidados primários de saúde:* relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

Organização Mundial da Saúde – OMS. *Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde.* Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011.

Padilha A. *Brazil calls for pact on social factors to improve health.* Bull World Health Organ. 2011 Oct 1;89(10):714-715.

Pagano A. Everyday Narratives on Race and Health in Brazil: Everyday Narratives on Race and Health in Brazil. *Med anthropol q.* 2014;28(2):221-41.

Pega F, Veale JF. The Case for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health to Address Gender Identity. *Am j public health.* 2015;105(3):e58-62.

Penman-Aguilar A, Talih M, Huang D, Moonesinghe R, Bouye K, Beckles G. Measurement of Health Disparities, Health Inequities, and Social Determinants of Health to Support the Advancement of Health Equity. *J Public Health Manag Pract.* 2016;22:S33-42.

Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, Mcinerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int j evid-based health.* 2015 Sep;13(3):141-6.

Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, Chabot P. Integrating Social Theory Into Public Health Practice. *Am j public health.* 2005;95(4):591-5.

Reutter L, Kushner KE. ‘Health equity through action on the social determinants of health’: taking up the challenge in nursing: Nursing role in health equity. *Nurs inq.* 2010;17(3):269-80.

Rocha JSY, Os determinantes sociais da saúde. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, Foster AC, organizadores. *Política e gestão pública em saúde.* São Paulo: Hucitec Editora; 2011. 824 p. (Saúde em debate).

Rocha PR, David HMSL, Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):129-135.

Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e Saúde*. 4a ed., Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.

Santos JAF. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Rev bras Ci Soc* [São Paulo]. 2011;26(75):27-55.

Schofield T. Health inequity and its social determinants: A sociological commentary. *Health sociol rev.* 2007;16(2):105-14.

Shaw M, Dorling D, Smith GD. Poverty, Social Exclusion, and Minorities. In: Marmot M, Wilkinson RG, organizators. Social determinants of health. 2nd ed. New York: *Oxford University* Press; 2006;, 96-80.

Silva ES, Lins GA, Castro EMNV. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. *Revista Sustinere* [Rio de Janeiro]. Jul-dez 2016;4(2):171-186.

Simpósio sobre Política Nacional de Saúde; 2005 [citado 18 Mar 2018]; Brasília/DF, 04 de julho de 05. *Anais.* Brasília; 2005. Disponível em: https://www.camara.leg.br/sileg/integras/321035.pdf.

Smedley BD. The Lived Experience of Race and Its Health Consequences. *Am j public health.* 2012;102(5):933-5.

Smith KE, Hunter DJ, Blackman T, Elliott E, Greene A, Harrington BE, et al. Divergence or convergence? Health inequalities and policy in a devolved Britain. *Critl soc policy*. 2009;29(2):216-42.

Souza CMN. *Saneamento:* promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2015. 139 p. (Coleção Temas em Saúde).

The Joanna Briggs Institute – JBI. *Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual:* 2015 edition/supplement, Australia; 2015.

Trostle, JA. *Epidemiologia e Cultura.* Tradução: Vera de Paula Assis. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

World Health Organization – Who. *Social Determinants of Health.* Declaração provisória: Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde. Conseguir Justiça na Saúde: das causas profundas à justiça nos Resultados; 2008.

Young J, McGrath R. Exploring discourses of equity, social justice and social determinants in Australian health care policy and planning documents. *Aust j prim health.* 2011;17(4):369.