



## Determinantes Sociais em Saúde: ensaio teórico

### *Social Determinants on Health: theoretical essay*

### *Determinantes sociales en salud: ensayo teórico*

Rita de Cássia Barradas Barata 

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo (SP) – Brasil

#### RESUMO

Este ensaio discute diferentes teorias sobre a determinação social do processo-saúde-doença, produzidas a partir da segunda metade do século XX, dando destaque a autores brasileiros que tiveram contribuições empíricas ou teóricas para a temática, ao lado de autores latino-americanos, ingleses e norte-americanos. As correntes, aqui analisadas, são apresentadas sob três tópicos: produção social do processo saúde-doença, abordagem psicossocial e teoria ecosocial. Ao final, acrescenta-se uma breve apresentação e comentários sobre o modelo de determinantes sociais, propostos pela comissão de determinantes sociais em saúde da OMS.

**Descritores:** Determinantes Sociais da Saúde; Aplicações da epidemiologia; Processo saúde doença.

#### ABSTRACT

*This essay presents different theories about the social determination of the health-disease process produced from the second half of the 20<sup>th</sup> century, highlighting Brazilian authors who had empirical or theoretical contributions to the theme, alongside Latin American, English, and North American. The currents analyzed here are presented under three topics: social production of the health-disease process, psychosocial approach and ecosocial theory. At the end, a brief presentation and comments on the social determinants model proposed by the WHO commission on social determinants on health are added.*

**Descriptors:** Social Determinants of Health; Uses of Epidemiology; Health-Disease Process.

#### RESUMEN

*Este ensayo discute diferentes teorías sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad, producidas a partir de la segunda mitad del siglo XX, enfocando autores brasileños que tuvieron contribuciones empíricas o teóricas para la temática, al lado de autores latinoamericanos, ingleses y norteamericanos. Las corrientes, aquí analizadas, son presentadas bajo tres temas: producción social del proceso salud-enfermedad; enfoque psicossocial y teoría ecosocial. Al final, se agrega una breve presentación y comentarios sobre el modelo de determinantes sociales, propuestos por la comisión de determinantes sociales en salud de la OMS.*

**Descriptor:** Determinantes Sociales de la Salud; Usos de la epidemiología; Proceso Salud-Enfermedad.

## INTRODUÇÃO

Podemos iniciar este ensaio sobre os determinantes sociais em saúde, a partir de uma das máximas da medicina social da segunda metade do século XIX: “A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”. Quais eram os princípios defendidos pelos fundadores da medicina social?<sup>(1)</sup>

Primeiramente, reconhecia-se que as condições sociais e econômicas têm efeito sobre a saúde e a doença e, portanto, essas relações devem estar sujeitas a investigação científica tanto quanto os processos fisiopatológicos. Em segundo lugar, e como decorrência do princípio anterior, considerava-se que para promover a saúde e combater



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 11/10/2023

Aceito em: 06/12/2024

a doença as medidas adotadas deveriam ser tanto sociais quanto médicas. Finalmente, afirmava-se que o Estado deveria assistir a cada um para que todos tivessem as condições necessárias para uma existência saudável.<sup>(1)</sup>

De certo modo, todos estes princípios permanecem presentes no movimento da medicina social que se recompõem lentamente voltando a florescer com força na segunda metade do século XX, traduzindo-se em diferentes teorias sobre a causalidade social do processo saúde-doença. Neste ensaio vamos tratar de três grandes correntes de pensamento sobre os determinantes sociais em saúde: as teorias da produção social do processo saúde-doença ancoradas na sociologia marxista ou weberiana ou em ambas; a abordagem psicossocial embasada na teoria do estresse e em mecanismos neuropsicológicos; e, a teoria ecosocial que procura articular, através da abordagem sistêmica ou estrutural, processos biológicos e sociais.

## Produção Social do Processo Saúde-Doença

Há diversas contribuições de pensadores latino-americanos que, a partir da década de 1980, discutem e propõem modelos teóricos capazes de compreender o processo saúde-doença em sua dimensão macrossocial. A partir de trabalhos selecionados de alguns desses autores, podemos refazer o caminho percorrido pela epidemiologia social latino-americana nesse período.

O primeiro desses trabalhos que poderia nos introduzir e guiar nesse percurso é a tese de doutoramento de Luiz Jacintho da Silva (1981), em que o autor estudou a evolução histórica da doença de Chagas no estado de São Paulo. Para compreender os processos de introdução e disseminação da endemia, o autor busca as articulações entre a ocorrência e distribuição da doença e o contexto histórico da ocupação social do território paulista. Nesse trabalho de reconstrução histórica tendo como base a chamada Nova Geografia, o autor supera a concepção dos focos naturais da doença e vai buscar as explicações nas interferências produzidas pelo homem no entorno ambiental, movido pelos ciclos econômicos e pela expansão da ocupação territorial<sup>(2)</sup>.

Aprendemos com ele a desconstruir o mito da “casa de pau a pique” e da doença como expressão da pobreza rural. Analisar apenas as condições ecológicas ou as condições sociais atuais não permite compreender o processo desde sua origem. O autor identifica a oportunidade histórica para a introdução do *triatoma infestans*, vetor originário das regiões do Prata, no intenso comércio de equinos que se estabelece desde o século XVIII, entre a província de São Paulo e as planícies do Sul, para abastecer as regiões de exploração aurífera em Minas Gerais<sup>(2)</sup>.

Prosseguindo em sua investigação histórica, o autor demonstra que o vetor não ocupou a região do Vale do Paraíba nem a província do Rio de Janeiro nas áreas de fazendas de café com mão de obra escrava. Ele atribui este fato às características econômicas dessa produção, na qual cada fazenda funcionava praticamente como um feudo, não havendo grande mobilidade de trabalhadores entre elas e nem mesmo de produtos artesanais ou da economia de subsistência, uma vez que a produção principal era escoada para os portos de exportação do café, não possibilitando, assim, grande expansão e fixação dos vetores, ainda que as condições ecológicas não fossem totalmente diversas daquelas observadas nas outras regiões da província<sup>(2)</sup>.

No restante do território paulista, a distribuição do vetor e a ocorrência dos casos vão acompanhar a progressão da chamada “onda verde”. Duas transformações importantes serão responsáveis pela disseminação do vetor e da doença no território: a substituição da mão de obra escrava por trabalhadores assalariados e a ocupação de novas áreas, anteriormente cobertas pela Mata Atlântica. A mobilidade intensa, provocada pela presença de trabalhadores livres e a ocupação de novas terras em direção aos limites noroeste do estado na esteira da constituição das fazendas de café, acabará por expandir a área endêmica<sup>(2)</sup>.

O avanço da cafeicultura paulista acaba ultrapassando os limites geográficos da província, levando a endemia para o sul de Minas e de Goiás, o norte do Paraná e a porção leste do Mato Grosso (atual Mato Grosso do Sul). A medida em que as terras anteriormente ocupadas pelas fazendas de café, com a perda progressiva de produtividade vão sendo abandonadas por essa cultura, as grandes fazendas vão sendo parceladas, passando a dedicar-se a cultivos de subsistência com plantação de gêneros alimentícios, como feijão, batata, cebola, etc. Aquelas áreas, que passam pelo processo de empobrecimento, constituirão a paisagem da pobreza rural associada à presença da doença de Chagas, logo após a sua identificação como entidade nosológica. No entanto, esse quadro é a exemplificação do avanço capitalista que propiciou a disseminação da doença e não o motivo principal da instalação da endemia.

Em defesa de sua reconstrução histórica, Luiz Jacintho aponta que entre a região do Prata e o Planalto Ocidental Paulista não houve domiciliação do *triatoma infestans*. Na Depressão Periférica, região entre Limeira, Jundiá e Sorocaba, a substituição das grandes fazendas cafeeiras pela pequena propriedade agrícola de produção de outras culturas comerciais, sem decadência econômica, não favoreceu a fixação da endemia. Finalmente, quando na década de 1960 foi iniciada no estado a campanha de controle dessa endemia, as transformações rurais, que acabaram

com o sistema de colonato e a migração da população rural para os centros urbanos próximos às fazendas, serviram de reforço positivo às ações de controle, facilitando a redução expressiva da população vetorial e a extinção da transmissão natural veiculada pelo *triatoma infestans*<sup>(2)</sup>.

Este primeiro exemplo retrata a aplicação de teorias e métodos das ciências humanas e sociais para compreender o surgimento, ambientação e disseminação de uma das principais endemias do país, privilegiando na explicação o conceito de ocupação social do espaço, ou seja, analisando processos histórico-sociais que favoreceram e potencializaram as condições para o desenvolvimento da doença. Esta compreensão, que poderíamos comparar com a amplitude de uma grande angular, articula de maneira profunda a organização social do trabalho rural e o perfil epidemiológico da população rural.

Outro exemplo que também explora o processo de repartição de terra e a produção agrícola para analisar o perfil sanitário é a tese de doutoramento de Cesar Victora, defendida em 1983. O autor analisa diferentes aspectos da saúde infantil no estado do Rio Grande do Sul, a partir de quatro abordagens: análise da tendência temporal da mortalidade infantil; comparação da mortalidade infantil em famílias de trabalhadores rurais assalariados, pequenos proprietários rurais e grandes proprietários; análise ecológica da mortalidade infantil por microrregiões, segundo a concentração da posse da terra, proporção de trabalhadores rurais assalariados, proporção da área ocupada pela criação de gado, proporção de área ocupada pelas culturas de subsistência e proporção de desnutrição; análise da situação nutricional de crianças em amostras de duas microrregiões distintas, uma com predomínio de pequenas propriedades e outra com predomínio de grandes propriedades para pecuária<sup>(3)</sup>.

Havia grande desigualdade na mortalidade infantil entre as microrregiões, com valores três vezes maiores na região sul do estado, caracterizada por grandes propriedades agrícolas destinadas à pecuária, contando com trabalho assalariado, quando comparada às microrregiões do nordeste do estado que eram ocupadas, predominantemente, por pequenas propriedades, agricultura de subsistência e trabalhadores autônomos. Portanto, o padrão de posse da terra e o modo de produção agrícola em cada zona influenciava a mortalidade infantil, fato cuja explicação mais imediata, procurada pelo autor, apresentava-se nas taxas de desnutrição infantil<sup>(3)</sup>.

A partir da análise de dados secundários, o autor observou que em áreas urbanas o risco de mortalidade infantil era mais alto em famílias de trabalhadores autônomos ou assalariados, intermediário para empregados com formação de nível superior e menor para empresários. Já nas áreas rurais, o risco era mais alto para famílias de trabalhadores rurais assalariados, intermediário para os pequenos proprietários e menor para os grandes proprietários<sup>(3)</sup>.

A prevalência de desnutrição em crianças de 12 a 35 meses foi significativamente maior na microrregião, com predomínio de grandes propriedades (cerca de 2,5 vezes maior), do que na microrregião de predomínio das pequenas propriedades. Na primeira, a situação era pior na população rural, enquanto na segunda, a situação nutricional era pior na população urbana. Considerando apenas as populações rurais as desigualdades eram ainda maiores com prevalência quatro vezes maior de desnutrição avaliada pela relação estatura/idade, 13 vezes maior para peso/idade e três vezes maior para peso/estatura. Analisando dados individuais na zona rural, o risco de desnutrição foi maior para os filhos de assalariados rurais, intermediário para filhos de parceiros e menor para filhos de proprietários de terra<sup>(3)</sup>.

Nesta pesquisa, o autor utilizou diferentes desenhos epidemiológicos para demonstrar as relações entre posse da terra, modo de produção agrícola, prevalência de desnutrição infantil e taxa de mortalidade infantil. Ao elevar o foco de observação, das associações entre características pessoais e familiares para o nível da organização da produção agrícola e suas diferentes formas e distribuição no espaço, o autor amplia a possibilidade de compreensão e explicação do perfil epidemiológico, articulando o processo de produção da saúde e da doença aos processos macrosociais.

Mas, para além da explicação de problemas de saúde particulares, como a endemia chagásica, ou o acometimento de certos grupos populacionais, como os menores de cinco anos, vários autores latino-americanos buscaram construir modelos teóricos conceituais capazes de ser aplicados ao perfil epidemiológico geral. Cada um dos modelos, que serão comentados brevemente a seguir, enfatizam determinados conceitos sociológicos como aqueles com maior potencialidade explicativa.

Cristina Possas elabora um modelo baseado na análise da heterogeneidade estrutural, que caracteriza o capitalismo tardio observado nas formações sociais latino-americanas. Para a autora, as formações sociais latino-americanas são marcadas pela heterogeneidade estrutural, entre os diferentes setores econômicos, que caracterizam a dependência econômica em relação a centros externos e determinam um desenvolvimento tardio do capitalismo, conferindo ao Estado papel central na construção da base técnica e infraestrutura necessária ao funcionamento do capital<sup>(4,5)</sup>.

O modelo operacional proposto pela autora articula, a partir da inserção de classes sociais, dois conjuntos de processos: de um lado, a estrutura ocupacional com seu mercado, condições e processos de trabalho; e, de outro,

o modo de vida que conjuga tanto as condições materiais de vida, quanto o chamado estilo de vida, correspondendo às formas sociais e culturais decorrentes das condições de vida e trabalho. Desses dois processos macrossociais, conectados através da renda, decorre o perfil epidemiológico populacional, ou seja, a distribuição dos estados de saúde, doença e morte<sup>(4,5)</sup>.

Laurell e Noriega<sup>(6)</sup>, elaboram seu modelo de produção social do processo saúde-doença, dando lugar central ao processo de produção que engloba o processo de extração da mais-valia e o processo laboral, ou seja, as formas de exploração pelo capital e o modo de realizar a transformação dos insumos em produtos. Os autores consideram que o modo de produção condiciona a divisão do trabalho na sociedade e a própria base técnica indispensável à produção. A partir desses condicionantes, a carga de trabalho em si reúne características materiais, como os equipamentos e insumos, e características imateriais, como a organização e supervisão do trabalho. Eles formulam o conceito de nexopsíquico como mediador entre o desgaste no trabalho e as condições de saúde que irão se expressar no perfil patológico dos trabalhadores<sup>(6,7)</sup>.

Este modelo está orientado para a reformulação da compreensão sobre as relações entre trabalho e saúde, ultrapassando os limites da chamada saúde do trabalhador, para dar ao trabalho um lugar central na organização da vida social e na produção de doenças. No entanto, ao construir a explicação em torno das noções de carga laboral, desgaste e nexopsíquico há uma forte influência sobre aplicação para situações de trabalho industrial ou fabril, ainda que os conceitos se apliquem, na realidade, a qualquer tipo de trabalho<sup>(5,6)</sup>. Ainda que os autores defendam que as condições vividas no trabalho, de modo indireto, acabem por condicionar o perfil patológico de seus familiares, o modelo parece não ser suficiente para explorar toda a gama de manifestações da saúde e da doença no âmbito populacional. Com as profundas transformações que têm marcado o mundo do trabalho, bem como o predomínio do setor terciário da economia sobre as formas tradicionais de produção industrial, a informalidade e as múltiplas formas de trabalho autônomo que têm proliferado nas sociedades ocidentais, as relações entre trabalho e sociedade e trabalho e saúde terão que ser reformuladas e atualizadas.

Breilh<sup>8</sup> e o grupo de pesquisadores do CEAS (Centro de Estudios y Asesoría en Salud), no Equador, recorrem ao conceito de reprodução social que articula, no modo de produção, as dimensões da produção, distribuição e circulação de bens e mercadorias e o consumo. Para esses autores, o conceito de reprodução social é mais abrangente e permite compreender como a inserção social pelo trabalho determina os processos de repartição e de consumo, que são igualmente importantes na determinação do processo saúde-doença. Daí, o perfil reprodutivo de cada classe ou fração de classe, com seus valores positivos, no sentido de favorecer a manutenção da saúde e seus valores negativos, no sentido de favorecer o desenvolvimento de doenças, ser visto como gerador do perfil epidemiológico de classe, delimitando as potencialidades de cada grupo de indivíduos<sup>(5,7,8)</sup>.

Em um pequeno livro, Juan Samaja<sup>(9)</sup> aprofunda a elaboração teórica sobre a reprodução social como categoria central para a compreensão da produção social da saúde. Ele analisa o significado da cultura como possibilidade de criar e transitar por diversas configurações normativas nos grupos humanos. Para ele, do mesmo modo que as normas sociais conservam, suprimem ou superam as normas biológicas, no interior dos sistemas sociais, existem hierarquias estruturais onde certos níveis de sociabilidade ficam suprimidos, conservados ou superados por outros.

Deste modo, articulando diferentes estruturas em um sistema de determinação e mediação, Samaja identifica quatro dimensões complementares e mutuamente articuladas da reprodução social: a dimensão bio-comunal ou de reprodução biológica, que deve reproduzir as condições de existência de organismos comunais vivos acoplados em redes de interação; a dimensão comunal-cultural ou de reprodução da autoconsciência e conduta humana, que reproduz os produtos simbólicos, a transmissão de experiências e aprendizagens; a dimensão socioeconômica através da qual são produzidos os meios de vida; e, a dimensão ecológico-política, responsável pelas relações de interdependência entre condições do contexto ambiental, relações sociais, cultura e bio-comunais<sup>(9)</sup>.

Como todas as outras manifestações da vida humana, a saúde e a doença resultam desse processo extremamente complexo, através do qual os homens se reproduzem enquanto espécie biológica, social e histórica, reproduzindo, simultaneamente, as condições nas quais sua organização social torna possível a sobrevivência e a existência<sup>(5,9)</sup>.

Naomar de Almeida Filho<sup>(6)</sup> busca articular todas essas contribuições em um único modelo etnoepidemiológico, sob a teoria do modo de vida e saúde. Ele tenta, de certo modo, reposicionar os modelos mais estruturais contrapostos e acrescentar a dimensão simbólica e a cotidianidade, anunciada no modelo proposto por Cristina Possas e formulada, teoricamente, por Samaja. É o modo de vida, ou seja, a existência cotidiana que concretiza a expressão dos processos de produção e reprodução social, as práticas sociais, a construção cultural, as representações simbólicas, as práticas políticas e as condições materiais de existência, gerando diferentes configurações de risco.

Nesses 30 anos, que vão do início da década de 1980 ao final da década de 2000, vimos os desdobramentos das teorias sobre a produção social do processo saúde-doença em diferentes modelos e concepções conceituais.

Sabe-se que todas elas visam a compreensão das relações intrínsecas entre os fenômenos biológicos e os fenômenos histórico sociais, algo necessário para o avanço do conhecimento em saúde e para o desenvolvimento de práticas e técnicas apropriadas à manutenção da saúde e ao controle das doenças.

### Abordagem Psicossocial do Processo Saúde-Doença

Durante boa parte do século XX, as desigualdades sociais em saúde dependeram diretamente das condições de pobreza em que viviam parcelas consideráveis das populações dos países não desenvolvidos. Na década de 1950 era comum a interpretação do chamado círculo vicioso da pobreza, como uma espécie de motor contínuo em que a pobreza, e a incapacidade de prover as condições mínimas para a sobrevivência, acarretavam maior concentração de doenças que, por sua vez, mantinham esses grupos populacionais na pobreza. Ou seja, a atenção dos sanitaristas estava posta nas condições de privação absoluta<sup>(10,11)</sup>.

No entanto, essa visão limitada não era capaz de explicar as razões das desigualdades sociais que persistiam em sociedades ricas e desenvolvidas, onde até mesmo as camadas mais pobres da população estavam significativamente menos expostas aos efeitos da privação absoluta.

Vários autores passaram a se preocupar com as desigualdades sociais relativas, ou seja, aquelas que podiam ser observadas no interior de sociedades desenvolvidas. Deste modo, começa a haver uma desvinculação da desigualdade social das condições de pobreza absoluta e aumenta a compreensão dos determinantes sociais em saúde, como as circunstâncias nas quais as pessoas vivem e trabalham, influenciando o estado de saúde e o adoecimento<sup>(10,11)</sup>.

A privação relativa, ou seja, aquela decorrente da posição dos sujeitos na hierarquia social (gradiente social), passa a ser vista como tão importante para o processo de adoecimento quanto a privação absoluta. Entretanto, se era fácil demonstrar os efeitos das carências absolutas sobre a morbidade e a mortalidade dos grupos populacionais, não parecia tão simples explicar o efeito da privação relativa<sup>(10,11)</sup>.

Marmot e Wilkinson<sup>(10)</sup> formulam uma das vertentes da chamada teoria psicossocial das desigualdades em saúde, considerando que, em sociedades nas quais as necessidades primárias estão satisfeitas para a maioria da população, a percepção da posição do indivíduo ou grupo na hierarquia social é um elemento importante.

Os autores se valem dos pressupostos neuropsíquicos da teoria do estresse, da concepção weberiana de prestígio social e do conceito de anomia da sociologia funcionalista para considerar que sociedades desiguais são estressantes, pondo em xeque permanentemente o *status* social de indivíduos e grupos sociais. Tais fatores produzem sentimentos de inferioridade e discriminação que, somados aos efeitos crônicos do estresse, desencadeiam doenças e favorecem comportamentos não saudáveis. No nível societário, essas percepções de injustiça acabam por enfraquecer os vínculos comunitários, reduzindo a coesão social, aumentando a desconfiança e produzindo rupturas nas redes de apoio, que também são fatores patogênicos<sup>(10,11)</sup>.

Há uma produção empírica desses e de outros autores norte-americanos ou europeus demonstrando efeitos da desigualdade social interna aos países ricos sobre a mortalidade geral, a esperança de vida, saúde mental e outros indicadores de saúde. Estudos intergeracionais, comparando a posição social dos indivíduos em diferentes etapas da vida, também têm demonstrado impactos sobre condições de saúde, a depender das trajetórias de mobilidade social ascendente ou descendente observadas.

Assim, ao longo da vida, a distribuição de saúde e doença resulta da acumulação de vantagens e desvantagens inerentes às condições de vida, a mobilidade social e a proteção social existente ou não para contrabalançar as desvantagens.

### Teoria Ecosocial

Nancy Krieger<sup>(12)</sup> designou o seu modelo de ecosocial com a intenção de marcar posição sobre a necessidade de uma concepção teórica sobre a saúde e a doença que não resultasse apenas da justaposição entre fenômenos biológicos e sociais, mas que partisse, efetivamente, da compreensão de que todos os seres vivos incorporam, biologicamente, o ambiente material e social no qual vivem e se desenvolvem.

O conceito central nessa teoria é *embodiment* ou incorporação (na falta de um termo mais adequado). Os fenômenos biosociais são estruturados simultaneamente pelos arranjos sociais de poder, propriedade e por padrões contingentes de reprodução social a que os grupos sociais estão sujeitos, mas também pelos condicionamentos definidos pelo próprio processo evolutivo da espécie humana, bem como pela expressão de sua herança genética. As situações de exposição, suscetibilidade e resistência são construídas, simultaneamente, por essas bases biológicas, ecológicas e sociais, sem as quais não é possível compreender a existência humana<sup>(11,12)</sup>.

Processos de acumulação que acabam por determinar as distribuições populacionais resultam de fenômenos que ocorrem em múltiplos níveis e domínios da vida social. Os padrões populacionais de saúde e doença constituem a

expressão biológica da incorporação dos modos de viver e trabalhar, diferencialmente enfrentados e experimentados pelos grupos sociais e pelas sociedades<sup>(12)</sup>.

O modelo ecosocial busca articular: a perspectiva da trajetória de vida e os contextos históricos; os níveis sociais e do ecossistema que conectam fenômenos e características individuais, domiciliares, de vizinhança, regionais, nacionais e globais; os principais eixos de distribuição de poder e riqueza em classes sociais, gênero e sexualidade, raça/etnia; economia política, exposições cumulativas, padrões de suscetibilidade e resistência e ação política, como os ingredientes básicos para a produção da saúde e da doença<sup>(7,12)</sup>.

A autora articula, ainda, as consequências práticas da teoria, indicando a necessidade da ação política e de programas e práticas no campo da saúde, que combatam os privilégios econômicos e sociais dos grupos dominantes e que estruturam e constroem as condições de vida e trabalho impostas aos grupos dominados. Da mesma forma, é fundamental o combate a toda e qualquer forma de discriminação, que colocam segmentos da sociedade em desvantagem pela recusa ao reconhecimento de direitos sociais, políticos e humanos.

### **Comissão de Determinantes Sociais de Saúde OMS**

Para concluir essa apresentação de diferentes teorias e formulações conceituais acerca da produção da saúde e da doença no âmbito populacional, personificada aqui em alguns dos seus autores, não poderia faltar a menção aos esforços desenvolvidos pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, constituída pela Organização Mundial da Saúde. Com o objetivo de promover a discussão das desigualdades sociais em saúde entre e no interior dos países membros, tais teorias fornecem um arcabouço conceitual para a análise e formulação de políticas públicas, capazes de enfrentar o crescimento das desigualdades em um mundo em constante mudança.

A proposição final do trabalho elaborado pela comissão assenta seu modelo em cinco componentes principais: o contexto político social, os determinantes estruturais, os determinantes intermediários, o sistema de saúde e a coesão social<sup>(13)</sup>.

No contexto político social estão incluídos os aspectos estruturais, culturais e funcionais do sistema social que compreendem a governança, a política macroeconômica, as políticas sociais, as políticas públicas e os valores socioculturais, que condicionam a estrutura social<sup>(13)</sup>.

Os determinantes estruturais são identificados com os eixos que organizam a hierarquia social em termos da distribuição de riqueza, poder, prestígio e mecanismos de discriminação que se traduzem nas estruturas de classe social, gênero, etnia. Daí, derivam-se as estruturas de estratificação social, segundo posições socioeconômicas associadas à renda, à escolaridade e à ocupação. Os determinantes intermediários estão constituídos pelas condições materiais de vida, comportamentos sociais, fatores biológicos e fatores psicológicos que geram outras formas de estratificação e diferenciação social<sup>(13)</sup>.

A coesão social e o capital social estabelecem a ponte entre os determinantes estruturais e intermediários, mediando um conjunto de redes e laços que se estabelecem ou não entre grupos sociais distintos, conferindo perfis de solidariedade comunitária ou perfis conflituosos e violentos<sup>(13)</sup>.

Finalmente, o sistema de saúde, em sua forma de organização e provimento de programas e ações, destaca-se entre os determinantes intermediários com um importante papel de acentuar ou minimizar as desigualdades sociais, geradas pelos processos sociais que conformam a estrutura social, em geral, e que podem tanto produzir bem-estar e saúde quanto gerar iniquidade e doença<sup>(13)</sup>.

Após apresentar e justificar a formulação do seu modelo, a comissão reafirma que os padrões sociais de distribuição das doenças representam as consequências biológicas dos modos de viver e trabalhar dos grupos sociais existentes em cada sociedade. Além disso, as desigualdades de classe social, gênero e etnia, dentre outras, afetam, diferencialmente, as condições de vida, de trabalho e as exposições nocivas nos diferentes grupos sociais. Portanto, a compreensão da distribuição populacional do processo saúde-doença não pode ser dissociada da política econômica e das condições ecológicas em cada formação social<sup>(13)</sup>.

Finalmente, a comissão, após discutir e apresentar diferentes tipos de intervenções políticas com diferentes alcances para reduzir as desigualdades sociais em saúde, reafirma a importância do exercício do poder e do engajamento dos grupos na identificação dos problemas e na busca de soluções<sup>(13)</sup>.

Assim, apesar de ter recebido muitas críticas, o modelo tem a virtude de pontuar as diferenças entre aspectos macrosociais e contextuais, estrutura e estratificação social, bem como fatores mais proximais na ocorrência das doenças e em sua distribuição populacional. Por fim, além disso, a questão das desigualdades sociais em saúde e a necessidade do enfrentamento do problema pelos países membros produziu algumas iniciativas importantes em vários governos, tanto de países ricos como de renda média alta como o Brasil.

## CONFLITO DE INTERESSE

A autora é docente e pesquisadora em Saúde Coletiva e, neste ensaio, expressa sua visão sobre as principais teorias determinantes sociais no campo da epidemiologia social, não tendo nenhum conflito de interesse a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES

A autora concebeu e elaborou o ensaio apresentado, selecionou os autores, redigiu e revisou o texto.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

O trabalho não contou com nenhuma forma de financiamento.

## REFERÊNCIAS

1. Rosen G. Da política médica à medicina social. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1979.
2. Silva LJ. A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo. São Paulo: Editora HUCITEC; 1999.
3. Victora CG, Vaughan P. Propriedade da terra e saúde infantil no Rio Grande do Sul: as relações entre produção agrícola, desnutrição e mortalidade. *Rev Bras Estud Popul.* 1987;4(2):127-51.
4. Possas C. Epidemiologia e sociedade. São Paulo: Editora HUCITEC; 1989.
5. Almeida N Filho. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(4):865-84.
6. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Editora HUCITEC; 1989.
7. Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(1):7-17.
8. Breilh J, Campaña A, Costales P, Granda E, Páez R, Yépez, J. Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: Corporación Editora Nacional; 1990.
9. Samaja J. A reprodução social e a saúde. Salvador: Editora Casa da Qualidade; 2000.
10. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. New York: Oxford University Press; 2006.
11. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
12. Krieger N. Proximal, distal and the politics of causation: what's level got to do with it? *Am J Public Health.* 2008;98(2):221-30.
13. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010.

### Endereço para correspondência

Rita de Cássia Barradas Barata  
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo  
Departamento de Saúde Coletiva.  
Rua Dr. Cesário Mota Jr 61, 6º andar  
Bairro: Vila Buarque  
CEP: 01221-020 / São Paulo (SP) – Brasil  
E-mail: rita.barradasbarata@gmail.com

---

**Como citar:** Barata RCB. Determinantes sociais em saúde: ensaio teórico. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2024;37: 1-15. <https://doi.org/10.5020/18061230.2024.14777>

---