



CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS ACERCA DO PENSAMENTO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

THEORETICAL CONSIDERATIONS ABOUT SOCIAL THOUGHT IN HEALTH: A NARRATIVE REVIEW

João Nivaldo Pereira GOIS¹
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: joao.gois@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-5809658X>

Kévelen de Freitas SILVA²
Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Tocantins (IFTO)
E-mail: kevelen.silva@estudante.ifto.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0003-1922-0679>

Sabrina Guimarães PAIVA³
Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Tocantins (IFTO)
E-mail: sabrinapaiva@ifto.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5006-9490>

RESUMO

Introdução: Diversos fatores relacionados à condição social impactam a saúde de um indivíduo e de uma população. A sociologia em conjunto com os preceitos da epidemiologia, destacam as assimetrias sociais na geração do estado de saúde de uma população. Porém, a inexistência de uma única teoria sobre a interpretação do processo saúde-doença, reforça a necessidade de bases teóricas que possibilitem a compreender não apenas a distribuição de doenças, mas principalmente do seu processo de produção em diferentes contextos sociais. **Objetivo:** Diante desse cenário, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sobre a participação de fatores sociais no processo saúde-doença, dentro de uma perspectiva teórico-analítica. **Metodologia:** O presente estudo consistiu em uma revisão narrativa, a partir de uma leitura interdisciplinar, desdobrada em pesquisa qualitativa, bibliográfica e

¹ Curso Superior de Odontologia – Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT). Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais - UFNT

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins (IFTO). Curso Técnico em Informática Integrado ao Ensino Médio. Bolsista do Programa de Iniciação Científica - IFTO.

³ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins (IFTO). Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais-UFNT.

exploratória. As fontes bibliográficas incluíram livros, artigos científicos das bases de dados científicas *Pubmed*, *Scielo* e *Google acadêmico*, Teses, Dissertações e E-books. **Considerações finais:** As bases e modelos teóricos convergem na compreensão de que as disparidades sociais entre diferentes grupos de pessoas são vistas como os principais fatores que afetam a saúde e a doença, especialmente ao provocarem desigualdades na saúde. A Teoria da determinação social da saúde engloba o estudo da relação dos aspectos econômicos, sociais, culturais, étnicos/raciais, comportamentais e psicológicos com a saúde, enquanto a Teoria das Causas Fundamentais destaca que as disparidades em saúde não são simplesmente o resultado de diferenças biológicas ou comportamentais entre as pessoas, mas são oriundas de sistemas sociais e estruturas de poder desiguais. Portanto, o pensamento social lança luz para discussões políticas mais assertivas, acesso equitativo a serviços de saúde e de educação com qualidade.

Palavras-chave: Determinantes sociais de saúde. Teoria das causas fundamentais. Desigualdades Sociais.

ABSTRACT

Introduction: Several factors related to social conditions impact the health of an individual and a population. Sociology, together with the precepts of epidemiology, highlight the social asymmetries in the generation of the health status of a population. However, the lack of a single theory on the interpretation of the health-disease process reinforces the need for theoretical bases that make it possible to understand not only the distribution of diseases, but mainly their production process in different social contexts. **Objective:** Given this scenario, the objective of the present study was to conduct a review on the participation of social factors in the health-disease process, within a theoretical-analytical perspective. **Methodology:** The present study consisted of a narrative review, based on an interdisciplinary reading, unfolded in qualitative, bibliographic and exploratory research. The bibliographic sources included books, scientific articles from the scientific databases Pubmed, Scielo and Google Scholar, Theses, Dissertations and E-books. **Final considerations:** The theoretical bases and models converge in the understanding that social disparities between different groups

of people are seen as the main factors that affect health and disease, especially when they cause health inequalities. The Theory of Social Determinants of Health encompasses the study of the relationship between economic, social, cultural, ethnic/racial, behavioral and psychological aspects with health, while the Theory of Fundamental Causes highlights that health disparities are not simply the result of biological or behavioral differences between people, but rather arise from unequal social systems and power structures. Therefore, social thinking sheds light on more assertive political discussions, equitable access to quality health and education services.

Keywords: Social determinants of health. Theory of fundamental causes. Social inequalities.

INTRODUÇÃO

O pensamento social da saúde consiste em uma abordagem que examina a saúde humana não apenas como resultado de fatores biológicos, mas também como um produto de interações sociais, econômicas e culturais. Esse campo de estudo confirma que a saúde de uma pessoa é influenciada por uma série de fatores sociais, incluindo sua posição socioeconômica, educação, acesso a serviços de saúde e seu ambiente físico e social.

Na América Latina a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo guiada principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes (Barata, 2009). De acordo com Buss e Pellegrini-Filho (2007), o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito.

É relevante destacar que a expressão “determinação social da saúde” teve sua origem na Epidemiologia Latino-Americana e não nas Ciências Sociais e Saúde. Essa expressão aparece destacada nos formuladores da Reforma Sanitária e nos congressos de saúde coletiva, por meio de uma crítica radical ao protagonismo de elementos biológicos (Minayo, 2021). Em consonância com as articulações de Barata (2009), ressalta-se a inexistência de uma única teoria sobre a produção e interpretação do processo saúde-doença, em âmbito populacional, o que reforça a necessidade de bases teóricas que possibilitem a compreender não apenas da distribuição da doença, mas principalmente do seu processo de produção em diferentes contextos sociais.

No pensamento social da saúde, a desigualdade é um conceito fundamental. Ele destaca como as disparidades sociais podem levar às disparidades na saúde. Pessoas de classes sociais mais baixas tendem a enfrentar condições de vida precárias, acesso limitado a cuidados médicos e menor controle sobre os fatores que afetam sua saúde, como dieta e estilo de vida. Nesse sentido, a reprodução social passa a ser um determinante de saúde e os impactos da estrutura social sobre a saúde, enquanto os fatores individuais contribuem para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a um maior risco ou menor risco de apresentar determinado agravo.

Diante do exposto, no cenário de desigualdade brasileiro, as premissas da determinação social de saúde englobam as condições e modo de vida em um mesmo marco teórico das condições coletivas dos grupos e os comportamentos dos indivíduos que compõem diversos grupos populacionais. Sem a pretensão de esgotar todas as bases e modelos teóricos que fundamentam tais condicionantes, elaborou-se uma revisão narrativa para contextualizar historicamente a concepção do modelo teórico de determinação social de saúde, e sobretudo permitir maior compreensão da relação entre o estado de saúde com as condições sociais de uma população.

METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma revisão narrativa, a partir de uma leitura crítica interdisciplinar, desdobrada em pesquisa qualitativa, bibliográfica e exploratória, a partir dos termos e expressões: desigualdades e iniquidades em saúde, determinantes e condicionantes sociais de saúde, causas fundamentais no processo saúde-doença, pensamento social na saúde e distribuição de doenças. Ressalta-se que,

em geral, a revisão narrativa não utiliza critérios sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. As fontes bibliográficas incluíram livros, artigos científicos das bases de dados científicas *Pubmed*, *Scielo* e *Google acadêmico*, Teses, Dissertações e *E-books*.

Modelos Interpretativos do Processo Saúde-Doença

A saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos (OMS, 1946).

O saber em saúde pública, saúde coletiva e medicina social envolvem diversos conhecimentos que se diferenciam na construção histórica. É na centralidade desse contexto que o debate sobre determinação/determinantes sociais da saúde tem se anunciado há décadas (Borghini, Oliveira e Sevalho, 2018). A concepção de modelos teóricos e interpretativos de saúde- doença ao longo da história, buscaram a relação com a organização social e seu respectivo acúmulo tecnológico em cada momento, contudo assinalamos a permanência e a coexistência de modelos antigos que ainda atendem a necessidades da atualidade, mantendo relações do passado com o presente (Borghini, Oliveira e Sevalho, 2018). Com base nas reflexões de Arredondo (1992), o Quadro 1 sintetiza determinados modelos teóricos de explicação do processo saúde-doença ainda adequados para a atualidade.

Cada modelo possui uma hipótese implícita ou explícita sobre os determinantes do processo de saúde-doença, abordando principalmente aspectos qualitativos baseados em descobertas anteriores ou experiências. Os tipos de desenhos de estudo e metodologias usados para obter tais achados geralmente não são mencionados. No entanto, presume-se que os resultados obtidos sejam considerados "válidos", caso contrário, o modelo proposto não teria destaque na literatura. Outro aspecto a ser considerado é a falta de clareza quanto à possibilidade de verificar ou falsificar as hipóteses subjacentes a esses modelos (Arredondo, 1992).

Quadro 1: Modelos teóricos de explicação do processo saúde-doença.

Modelo	Época	Explicação	Principais autores
Modelo Mágico-Religioso	Sociedades primitivas até a atualidade	Originado na sociedade primitiva e persistente até os dias atuais, este modelo atribui a doença forças sobrenaturais ou espíritos. Acredita-se que a doença seja um castigo divino ou um processo de purificação que testa a fé religiosa. As forças desconhecidas e os espíritos, tanto benignos quanto malignos, são considerados os principais determinantes do estado de saúde ou doença em um indivíduo ou sociedade.	Sem autores no campo científico
Modelo Sanitarista	Revolução industrial européia	Desenvolvido durante a Revolução Industrial na Europa, este modelo se destaca pelas condições insalubres como a principal causa de doenças. A ênfase recai sobre os fatores ambientais como determinantes primários, levando à implementação de medidas de saneamento elevadas para combater as taxas de morbidade e mortalidade	Smith e Pettenkofer
Modelo Social	Século XIX	Iniciado no século XIX, esse modelo enfoca as condições de trabalho e de vida como elementos centrais que afetam a saúde e a doença. Considera-se que o estilo de vida, os fatores do agente e os fatores atmosféricos são determinantes do estado de saúde. Destaca-se o papel do contexto social como o fator mais importante, que explica a manifestação e o impacto de outros fatores.	Frank, Virchow e Ramazzini
Modelo Unicausal	Século XIX- XX	Introduzido nos séculos XIX e XX, onde neste período houve avanços significativos na epidemiologia com a descoberta dos micróbios como agentes etiológicos específicos de doenças específicas. Esse período foi marcado pela ascensão do capitalismo, que favoreceu o desenvolvimento da teoria	Pasteur e Koch

		<p>da unicausalidade, reduzindo o conhecimento epidemiológico às causas e ações unilaterais, esse modelo enfatiza a presença de agentes externos como causa das doenças. Acredita-se que cada doença seja resultado de um agente biológico específico e da resposta do indivíduo a esse agente, o mesmo impulsionou a investigação de medidas de controle e o desenvolvimento de medicamentos que revolucionaram o tratamento individual dos enfermos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018)</p>	
<p>Modelo Multicausal</p>	<p>Década de 1950</p>	<p>Desenvolvido na década de 1950, este modelo reconhece a influência simultânea de múltiplos fatores relacionados ao agente, ao hospedeiro e ao ambiente como determinantes do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população. Por meio da análise dessas variáveis, é possível identificar vários fatores contribuintes para o fenômeno observado, permitindo intervenções preventivas mais abrangentes. No século XX, a epidemiologia adotou o modelo ecológico multicausal, reconhecendo a interação complexa entre fatores físicos, biológicos e sociais no desenvolvimento das doenças. Foram desenvolvidos modelos matemáticos e diferentes métodos e desenhos de estudos, como o caso-controle e a coorte, para melhor compreender os determinantes das doenças (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).</p>	<p>Leavell e Clark</p>

Fonte: adaptado de Arredondo (1992) e Borghi, Oliveira e Sevalho (2018).

Torna-se relevante uma incursão no decorrer dos anos, iniciando na modernidade, que é um período histórico que teve influência significativa na filosofia, cultura e sociedade ocidental. Nesse contexto, a Idade Média deu lugar a uma transformação marcada pelo desenvolvimento do conhecimento baseado em fundamentos científicos, nos quais a filosofia assumiu um caráter empirista. Nesse período, os problemas de saúde passaram a ser abordados de forma científica, com a utilização de registros estatísticos (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Posteriormente, destacam-se os movimentos culturais e econômicos conhecidos como Iluminismo e Revolução Industrial. Esses dois movimentos foram fundamentais para o surgimento de ideias e tendências revolucionárias na área da saúde pública no século XIX, com suas atmosferas intelectuais e emocionais. O Iluminismo, característico da segunda metade do século XVIII, abrangeu diversas áreas, como filosofia, arte, ciência, teoria política e doutrina jurídica (Rouquayrol; Gurgel, 2018). Já na Revolução Industrial, o aumento da população urbana e do número de trabalhadores em condições insalubres levou à reflexão e à produção intelectual que associou a saúde às condições de vida individuais e coletivas, transcendendo a perspectiva meramente biológica (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

A teoria miasmática, que predominou no século XIX, apontava que as doenças tinham origem nos miasmas (o conjunto de odores fétidos resultantes da matéria orgânica em putrefação nos solos e lençóis de água contaminados), visto que com o avanço da urbanização e industrialização ocorreu às mudanças sociais e práticas de saúde nesta época. É referido que Virchow, um dos defensores dessa teoria, entendia que a medicina era uma ciência social, reportando que condições econômicas e sociais que determinassem a condição de saúde da população deveriam ser alvo de investigação (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Com o intenso processo de urbanização decorrente da Revolução Industrial, intelectuais e líderes políticos europeus começaram a estabelecer as primeiras relações sistemáticas entre a saúde e a doença da população às condições de alimentação, trabalho, moradia e saneamento. Esses pensadores perceberam a necessidade de ações estatais para proteger a saúde da população diante dessas condições sociais (Andrade, 2006).

A pobreza, precárias condições de moradia, o ambiente urbano inadequado, condições de trabalho insalubres representaram fatores que estão relacionados negativamente às condições de saúde de uma população. Desde o século XIX, acentuam-se evidências de que as condições de saúde de uma população estão relacionadas com características do contexto social e ambiental em que esta vive. As ciências biomédicas surgiram no final do século XIX, e passaram a dominar a explicação dos problemas de saúde e das doenças, ficando os determinantes sociais e ambientais em plano secundário (Barreto, 2017).

Estudos pioneiros do médico e sanitarista britânico John Snow sobre a epidemia de cólera em Londres (1849-1854), com base no mapeamento dos casos de cólera, apontaram o consumo de água como responsável pela ocorrência da doença. A confirmação se deu 30 anos mais tarde, com o isolamento do agente etiológico da doença (Snow, 1999; Pereira, 2013). Por seu estudo, John Snow recebeu o título de “Pai da Epidemiologia”, uma vez que conseguiu por meio de um estudo clássico de pesquisa de campo, determinar a fonte de infecção de uma doença, mesmo sem conhecimento do seu agente etiológico.

No século XX, as ciências da saúde começaram a ser entendidas no âmbito social e os Determinantes sociais da Saúde (DSS) se tornaram relevantes como fatores de causa na distribuição e compreensão de doenças. Os estudos dos DSS indicaram que as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não podem ser explicadas de maneira uniforme, uma vez que diferentes grupos, classes sociais ou grupos/comunidades estão expostos a diferentes condições de vida e de trabalho. As iniquidades em saúde consistem no principal aspecto a ser estudado quando se trata de DSS.

Na década de 1970, surgiu a epidemiologia clínica, que buscou fortalecer a credibilidade da prática clínica por meio da aplicação de métodos epidemiológicos rigorosos. A epidemiologia social também ganhou destaque, investigando explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença e defendendo intervenções socioeconômicas para melhorar as condições de vida e reduzir a pobreza. Enquanto nos países desenvolvidos ocorreu a consolidação do Estado de Bem-Estar Social, com avanços nos direitos sociais e nas políticas de saúde, na América Latina, incluindo o Brasil, foram vivenciadas crises econômicas e sociais, repressão política e ideológica. A epidemiologia social emergiu como resposta a esses contextos, enfatizando os determinantes sociais da saúde (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Dessa forma, a epidemiologia social tem buscado uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, incorporando a subjetividade dos sujeitos, os contextos sociais e as relações entre os atores sociais em suas vidas diárias. Isso implica em lidar com a saúde e a doença de maneiras diferentes, considerando múltiplos fatores causais e estabelecendo associações entre o cotidiano e a saúde. Além disso, essa abordagem tem implicações nas políticas governamentais, nos serviços de saúde e nas estratégias de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

De fato, o processo saúde-doença não pode ser compreendido apenas sob aspecto fisiopatológico. As diferenças no estado de saúde entre as diferentes populações e comunidades não podem ser justificadas apenas pelos componentes biológicos, mas elas também devem ser consideradas em conjunto com os hábitos e comportamentos moldados socialmente. Esses fatores estão intrinsecamente ligados ao indivíduo ou resultado do seu pertencimento a um grupo, como nas comunidades tradicionais (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Não poderíamos deixar de citar a Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa, realizada em 1986, outro marco importante nesse contexto, que aprovou a Carta de Ottawa, sedimentando as bases doutrinárias da promoção da saúde e incentivando ações concretas. Essas ações incluíram a integração da saúde nas políticas públicas, a participação comunitária na gestão do sistema de saúde, a reorientação dos sistemas de saúde e mudanças nos estilos de vida. Inicialmente, as condições de vida eram consideradas aspectos da interação entre seres humanos e natureza, mas passaram a ser objeto de reflexão devido a más condições de trabalho, aumento da pobreza, degradação do planeta, padrões insustentáveis de consumo, intolerância nas relações e falta de cuidado (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

A Conferência de Ottawa impulsionou o Movimento da Reforma Sanitária e influenciou na elaboração da Constituição Federal de 1988 e das leis orgânicas da saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990). O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) surgiu durante um período de intensa mobilização da sociedade brasileira em busca da redemocratização. Ele refletiu a revolta da população diante das profundas desigualdades, da aceitação da saúde e se estabeleceu como uma ação política coordenada em torno de um projeto social para uma sociedade inclusiva e solidária, onde a saúde é reconhecida como um direito universal de todos os cidadãos (Souto; Oliveira 2016).

Diversos autores contribuíram para a definição dos DSS (Carvalho, 2012; Dalosto, 2016; Buss e Pellegrini Filho, 2007). O autor canadense Raphael (2004) apresentou uma concepção ampla da saúde, enfatizando a perspectiva individual e coletiva. Os DSS são entendidos como as condições sociais e econômicas que influenciam a saúde das pessoas, comunidades e sociedades como um todo. Além disso,

eles determinam a capacidade das pessoas de alcançar suas aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS), criou uma comissão específica para discutir os DSS, sendo intitulada de Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) – realizando a convocação das autoridades dos países para a necessidade de chegar a uma decisão coletiva de combater as expressivas desigualdades em saúde:

Na entrada do século XXI, a OMS, por meio da criação da já citada comissão, retoma a discussão do social na análise e compreensão do processo saúde-doença, a partir da noção de ‘determinantes sociais da saúde’. Essa noção explicita a reificação do social e a necessidade de caracterizá-lo como um domínio específico e limitado da realidade, além de tratá-lo como algo externo ao sujeito coletivo/individual (Garbois *et al*, 2017, p. 73).

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são definidos como fatores sociais, econômicos e políticos, tais como renda mensal, moradia, educação, gênero e etnia, que influenciam na condição de saúde de um indivíduo ou grupo. Diversos modelos teóricos que relacionam aspectos sociais, culturais, comportamentais, psicológicos e étnicos às iniquidades em saúde vêm sendo propostos na literatura científica, bem como por diferentes órgãos e instituições (Carvalho, 2012; Dalosto, 2016).

George (2011) agrupou-os em cinco categorias. Os determinantes fixos ou biológicos, de que são exemplo a idade, sexo e fatores genéticos; os determinantes econômicos e sociais, de que são exemplo a posição do estrato social, o emprego, a pobreza, a exclusão social; os ambientais, tais como a qualidade do ar e da água, ambiente social; os de estilos de vida, sendo a alimentação, atividade física, tabagismo, álcool e comportamento sexual alguns exemplos. Incluem-se ainda o acesso aos serviços, como educação, saúde, serviços sociais, transportes e lazer. Na literatura podemos encontrar divisões com diferente número de categorias, sendo que, independentemente desse número, é inquestionável que os determinantes influenciam o estado de saúde dos indivíduos (Carrapato; Correia e Garcia, 2017). Mais da metade dos efeitos na saúde dos indivíduos dependem das condições em que as populações nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Compreender esses fatores permite identificar estratégias de intervenção adequadas em diferentes níveis para minimizar seus efeitos nocivos à saúde (Campos; Saturno e Carneiro 2010).

Estudos sobre as iniquidades em saúde têm sido particularmente desenvolvidos, de forma a compreender as desigualdades de saúde entre os diferentes grupos populacionais, visto que as desigualdades em saúde, para além de gerar injustiça, são sistemáticas, e poderiam ser evitadas (Buss e Pellegrini Filho, 2007; WHO, 2010). De forma geral, a lógica dos determinantes sociais da saúde pretende reduzir as iniquidades em saúde, melhorar a saúde e melhorar o bem-estar, promover o desenvolvimento e alcançar as metas de saúde (Carvalho, 2012).

O modelo de Dahlgren & Whitehead, em particular, é amplamente difundido e conhecido por sua fácil compreensão e visualização gráfica dos determinantes sociais da saúde. Esse modelo organiza os determinantes em camadas, variando desde fatores individuais até macro determinantes mais distais. Não se pretende explicar em detalhes as relações e mediações entre os diferentes níveis e a gênese das iniquidades, mas fornecer uma estrutura didática. O modelo de Dahlgren e Whitehead consiste em um dos mais referidos na literatura (Carvalho, 2012).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro-determinantes. Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades. Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

É perceptível que os diversos tipos de doenças e problemas de saúde tendem a ser mais prevalentes em grupos sociais que vivem em situações de vulnerabilidade. Isso inclui, por exemplo, as populações mais pobres, grupos étnicos minoritários e aqueles que enfrentam discriminação. Por esse motivo os países pobres apresentam condições de saúde sempre piores quando comparados aos que são ricos. Outra

evidência é a implantação de políticas para o melhoramento da condição financeira e proteção social sendo aplicada de forma correta tem impacto positivos na condição de saúde dos indivíduos (BARRETO, 2017).

É inquestionável que os determinantes influenciam o estado de saúde dos indivíduos (Carrapato; Correia e Garcia, 2017). Por isso, tais pesquisas sustentam a inclusão dos DSS na base teórica da avaliação e monitoramento de políticas públicas e podem contribuir para o aprofundamento das análises do impacto dos determinantes sociais na saúde bucal das populações.

Desigualdades e Iniquidades em Saúde

Em se tratando da igualdade e desigualdade, discorremos uma comparação das situações, porém sem necessidade de atribuir um juízo de valor àquilo que é igual ou desigual. No entanto, reforçando que os indivíduos ou grupos sociais apresentam diferenças e variações atreladas às características da trajetória de vida. Neste caso, destacam-se as desigualdades sociais que impactam no estado de saúde entre grupos definidos por características, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho (Barata, 2009).

As desigualdades sociais são situações que implicam em grau de injustiça, determinados grupos estão em desvantagens em relação outros e por isso a redução das desigualdades sociais em saúde, considerando os sistemas nacionais de saúde e outras políticas sociais, devem ter como principal objetivo o alcance da equidade (Barata, 2009).

As discussões sobre as desigualdades sociais em saúde já vêm sendo documentadas há muito tempo, principalmente a partir do século XIX. As condições políticas e sociais que surgiram com o capitalismo, em sua fase de produção industrial, foram favoráveis ao tema, seja pelas péssimas condições de vida da classe trabalhadora, seja pelo ideário político associado às revoluções burguesas (Barata, 2009).

Desigualdades referem-se aquelas diferenças perceptíveis 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 diferenças entre 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 pública de iniquidades (Barreto, 2017 p. 2101).

O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e elevados índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (Brasil, 2017 p. 23).

É perceptível um fluxo que se inicia nas desigualdades em saúde, depois partindo para as iniquidades e finalizando com os *status* das vulnerabilidades sociais. Essa temática se tornou mais emergente nos anos 90, quando se esgota a matriz analítica da pobreza que se reduzia a questões econômicas (Monteiro, 2011). A investigação dessa temática estava mais voltada para o sentido de se conhecer os setores mais desprovidos da sociedade do que para compreender os determinantes do processo de empobrecimento. Desse modo, subsequentemente, a vulnerabilidade passou a ser compreendida a partir da exposição a riscos de diferentes naturezas, sejam eles econômicos, culturais ou sociais, que colocam diferentes desafios para seu enfrentamento (Monteiro, 2011).

As desigualdades sociais em saúde podem se manifestar em relação ao estado de saúde e ao acesso e uso de serviços de saúde para ações preventivas ou assistenciais. Na população brasileira, segundo dados da Pesquisa Mundial de Saúde, a auto avaliação do estado de saúde varia marcadamente com o nível de escolaridade. A prevalência de doenças crônicas também varia com os anos de escolaridade após ajuste por idade (Barata, 2009). O uso de serviço de saúde também é influenciado pelo grau de escolaridade, mas as diferenças são muito menores. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil possibilitou o acesso aos serviços para a grande maioria da

população brasileira, demonstrando que a utilização de serviços preventivos revela diferenciais mais acentuados segundo a escolaridade e a ocupação de seus usuários (Barata, 2009).

O uso dos serviços de saúde é influenciado não apenas pela renda, mas também pelo nível de escolaridade. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS), originado pela Constituição de 1988 e formalmente implementado em 199, tenha possibilitado, desde então, o acesso aos serviços para a grande maioria da população brasileira, observa-se que a utilização de serviços preventivos revela diferenciais mais acentuados de acordo com a escolaridade e a ocupação dos usuários.

Pessoas com maior nível de escolaridade e renda tendem a ter melhores indicadores de saúde. Isso se deve ao fato de que níveis educacionais e de renda mais elevados estão associados a um maior acesso a informações sobre saúde, adoção de hábitos mais saudáveis e maior utilização de serviços preventivos.

O estudo das desigualdades sociais em saúde deveria, idealmente, ter como variável explicativa a classe social construída com base nas relações fundamentais estabelecidas a partir da posição dos indivíduos na estrutura produtiva da sociedade. Entretanto, as dificuldades que cercam a operacionalização desse conceito, bem como a necessidade de contar com muitas informações, raramente disponíveis nos sistemas regulares de registros de dados em saúde, levaram os pesquisadores a buscar outras alternativas.

As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. A maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta porque reflete a distribuição dos determinantes sociais da saúde na sociedade, remetendo, portanto, à distribuição desigual de poder e propriedade. Na perspectiva liberal, as desigualdades sociais em saúde são vistas como reflexo das escolhas pessoais que levam alguns a alcançar posições sociais de prestígio, que lhes conferem poder e posses na sociedade, enquanto outros permanecem em posições desvantajosas sem poder usufruir a riqueza social, sem desfrutar de prestígio ou poder político. Na perspectiva do materialismo histórico, a posição dos indivíduos na estrutura de classes sociais representa um conjunto de constrangimentos e circunstâncias que acabam por moldar as escolhas individuais, de modo que o pertencimento de classe leva os diferentes indivíduos a compartilharem modos de vida semelhantes (Barata, 2009 p.55).

Teoria das Condições Sociais como causa Fundamental de Doenças

A sociologia em conjunto com os preceitos da epidemiologia social, apontam a existência de assimetrias sociais no sentido de compreender o processo saúde-doença. Nesse contexto, a Teoria das Causas Fundamentais (TCF) emerge explicando o aumento ou diminuição de diversos problemas de saúde subordinados às condições socioeconômicas (Link; Phelan 1995; Phelan; Link; Tehranifar, 2010).

A teoria das causas fundamentais tem suas raízes no conceito de causas básicas de Lieberson (1985), que foi inicialmente aplicado à associação entre status socioeconômico (SES) e mortalidade por House e colaboradores (House et al., 1990, 1994). Desde então, a teoria foi amplamente desenvolvida e expandida por Link e Phelan (1995, 2004) e recebeu contribuições de outros pesquisadores, como Lutfey e Freese (2005). A primeira declaração da teoria das causas fundamentais foi publicada em 1995, em uma edição especial do *Journal of Health and Social Behavior*. Segundo Link e Phelan (1995), uma causa social fundamental das desigualdades em saúde possui quatro características essenciais. Em primeiro lugar, ela influencia múltiplos resultados de doenças, o que significa que não se limita apenas a uma ou algumas doenças específicas. Em segundo lugar, afeta esses resultados por meio de diversos fatores de risco. Em terceiro lugar, envolve o acesso a recursos que podem ser utilizados para evitar riscos ou minimizar as consequências da doença uma vez que ela ocorra. Por fim, a associação entre uma causa fundamental e a saúde é reproduzida ao longo do tempo por meio da substituição de interruptores intermediários (Phelan, Link & Tehranifar, 2010).

O autor Figueiredo Santos (2011) estuda as desigualdades em saúde e reportou uma percepção de Goode (1999), que sinalizou uma mudança de modelo nos países desenvolvidos como se estivesse a anunciar o novo paradigma para o século XXI: “Uma explosão de pesquisa está demonstrando que classe social [...] é um dos mais poderosos preditores da saúde, mais poderoso do que a genética, exposição a cancerígenos, e mesmo o fumo”

A sociologia e a epidemiologia social, de modo particular, tiveram um papel destacado na produção de evidências robustas do nexos intrínseco e fundamental entre determinantes socioeconômicos e a distribuição da saúde e da doença. Estabelecido este sólido grau de aceitação empírica, tem-se enfatizado a importância de se avançar no

entendimento e na explicação dessas consequências observadas. A abordagem sociológica oferece tanto contexto como conteúdo para a pesquisa das trajetórias e dos mecanismos sociopsicológicos, comportamentais e mesmo psicofisiológicos que vinculam a posição social a saúde (Figueiredo Santos, 2011, p.33).

A associação sistemática entre o status socioeconômico (SSE) e a saúde global persiste mesmo diante de mudanças dramáticas nos interruptores que ligam essas duas variáveis. Essa associação duradoura levou Link e Phelan a considerar o SSE como uma causa "fundamental" das desigualdades em saúde. Em outras palavras, o SSE engloba uma ampla gama de recursos, como dinheiro, conhecimento, poder, comunidade e conexões sociais tolerantes, que desempenham um papel fundamental na liderança dos resultados de saúde e na proteção contra doenças. Dessa forma, a teoria das causas fundamentais ressalta a importância do SSE e de outros fatores sociais na compreensão das desigualdades em saúde. Ela nos lembra que as desigualdades não são simplesmente resultado de diferenças individuais em comportamentos ou fatores de risco, mas sim de condições sociais mais amplas que moldam o acesso a recursos e oportunidades relacionadas à saúde. Essa perspectiva tem inspiração para a formulação de políticas públicas que visam reduzir as desigualdades em saúde, garantindo um acesso equitativo a recursos e promovendo a justiça social (Phelan, Link & Tehranifar, 2010).

É importante contextualizar os fatores de risco, ou seja, compreender como as pessoas são expostas a esses fatores, a fim de projetar intervenções mais eficazes. Além disso, introduz a noção de "causas fundamentais" de doenças, que são condições sociais que fornecem acesso a recursos que ajudam os indivíduos a evitar doenças. Mesmo que os intermediários sejam modificados ou doenças erradicadas, a associação entre a causa fundamental e a doença persiste. Diversas são as associações entre fatores sociais e saúde, como a relação entre status socioeconômico e expectativa de vida, taxas de mortalidade geral, mortalidade infantil, doenças cardíacas, câncer e outras mortes de saúde (Link e Phelan, 1995).

Entre exemplos de estudos, tem-se o modelo de estresse no trabalho de Karasek (1988), que relaciona o estresse ocupacional ao desenvolvimento de doenças cardíacas coronarianas, e o trabalho de Mirowsky e Ross (1989) que investiga o transtorno subjacente ao sofrimento psíquico relacionado a condições sociais, a direção causal das

associações entre condições sociais e saúde, abordando questões como se o status socioeconômico fosse a causa do péssimo *status* de saúde. Estratégias como abordagens quase experimentais, a identificação de fatores de risco social e os desenhos longitudinais são utilizadas para investigar essas questões (Link e Phelan, 1995).

Percebe-se a importância de contextualizar os fatores de risco para uma compreensão mais abrangente da relação entre condições sociais e doenças. Outros exemplos ilustram a necessidade de entender as circunstâncias da vida das pessoas e as condições sociais em que os fatores de risco individuais estão relacionados à doença (Link e Phelan, 1995).

No artigo publicado por Link e Phelan (1995), dois exemplos para a melhor compreensão desses fatores de risco são relatados. No primeiro exemplo, é mencionada a necessidade de considerar as circunstâncias de mulheres extremamente pobres que se envolvem na prostituição como estratégia de sobrevivência. Essas mulheres podem não ter opções ou recursos para evitar comportamentos sexuais de risco, independentemente do seu conhecimento sobre os riscos envolvidos. Isso ressalta a importância de compreender como as condições sociais moldam a exposição a fatores de risco, como o comportamento sexual desprotegido, a má alimentação, o sedentarismo ou o estresse doméstico.

No segundo exemplo, é abordada a contaminação de alimentos com bactérias como *E. coli* e *Salmonella*. Embora existam orientações para a prevenção da infecção, como cozinhar a carne e lavar as mãos, é necessário considerar o papel das forças gestantes e políticas na produção e distribuição dos alimentos. Isso demonstra a importância de contextualizar os fatores de risco, questionando em quais condições sociais os fatores de risco indivíduos levam à doença e se existem condições sociais em que os fatores de risco indivíduos não têm efeito sobre o resultado da doença (Link e Phelan, 1995).

Outro exemplo que podemos mencionar, são as doenças bucais mais frequentes, entre elas a cárie. A cárie é considerada um problema de saúde pública global que acomete países desenvolvidos e subdesenvolvidos, atingindo pessoas de diferentes faixas etárias. São mais frequentes na infância, porém são passíveis de prevenção e controle. Nota-se que muitas vezes o indivíduo tem conhecimento sobre os cuidados,

mas não tem condições financeiras para a posse do kit básico de higiene oral, como escova e creme dental. Então, independentemente do seu conhecimento sobre os riscos envolvidos, ele vai desenvolver problemas bucais que irão desencadear outros problemas, como deficiências no desempenho escolar, dificuldade de alimentação e interação social.

Por isso a importância de identificar as "causas fundamentais" da doença no campo da sociologia médica e epidemiologia social. Essas causas fundamentais são condições sociais que estão relacionadas à saúde e cujos efeitos não podem ser eliminados, abordando apenas o controle que as vinculam à doença. Os autores argumentam que as condições sociais, como status socioeconômico, redes sociais e estigmatização, afetam a saúde porque determinam o acesso a recursos que podem ser usados para minimizar riscos ou lidar com as consequências da doença. Além disso, essas causas fundamentais estão relacionadas a múltiplos fatores de risco, e resultados de saúde e seus efeitos persistem mesmo quando os fatores de risco mudam ao longo do tempo (Link e Phelan, 1995).

De acordo com a teoria aqui descrita, as intervenções eficazes devem ir além dos fatores de risco individuais e abordar diretamente as condições sociais e a desigualdade nos recursos relacionados à saúde. Isso requer uma abordagem política e uma mudança de perspectiva para entender e enfrentar as causas fundamentais da doença. Notavelmente, existem políticas relevantes para as causas fundamentais da doença, como salário mínimo, habitação, impostos, licença parental e programas sociais, que precisam ser reformulados em termos de suas instituições para ampliação dos serviços de saúde.

No contexto de um sistema dinâmico de mudanças nas doenças, tratamentos, riscos e fatores de proteção, quando as pessoas usam recursos para proteger ou promover a saúde, isto se dá no contexto de um sistema estruturalmente desigual. As disparidades de saúde são alimentadas como consequência da própria expansão social da capacidade de controlar as condições de saúde. As desigualdades sociais e econômicas existentes fazem com que o benefício da nova capacidade desenvolvida seja apropriado com maior sucesso por aqueles segmentos da população que possuem mais recursos, informações e oportunidades (Figueiredo Santos, 2020).

No momento em que a epidemiologia faz a classificação dos grupos

populacionais segundo suas condições socioeconômicas, ela pode contribuir para a saúde pública. Por meio de conhecimentos e informações que facilitam o consenso e a tomada de decisão, na busca pela promoção de saúde e justiça social, a relação entre as condições socioeconômicas e a saúde contribui para a estratificação da população em termos de oportunidades, procurando indicar o acesso (ou não) a melhores condições. As condições socioeconômicas podem influenciar no risco de doenças, na facilitação ou na restrição do acesso aos serviços de saúde (Antunes, 2008).

Condições socioeconômicas podem ser aferidas por meio de indicadores de renda, escolaridade e ocupação para referenciar hipóteses de interesse; podem também ser empregados índices que agregam informações sobre diferentes aspectos da condição socioeconômica. De todo modo, os recursos de classificação da sociedade são permeados por diferentes ideologias, valores e concepções. A aferição de condições socioeconômicas nos estudos epidemiológicos também tem proeminente dimensão política, o que torna ainda mais complexa a imbricação entre saúde pública e política (Antunes, 2008, p. 567).

Na literatura de epidemiologia social, há diversos indicadores de posição social, porém os mais utilizados são a renda e o nível educacional. Nas ciências sociais esses indicadores aparecem reportando desigualdade em saúde. Indicadores baseados em ocupação são também amplamente utilizados. Os impactos de outras variáveis são mediados por meio da renda, provavelmente esse já um dos motivos dela ser um preditor forte e robusto do processo saúde-doença (Figueiredo Santos, 2011).

A caracterização da posição social das pessoas, mediante indicadores empíricos convencionais, permitiu estabelecer os “fatos sólidos” da desigualdade de classe em saúde. Além do alto valor de previsão empírica que possuem, eles têm permitido estabelecer demarcações entre fatores que contribuem para a prevenção ou emergência das doenças e os processos que respondem mais pela sua progressão. O uso da variável educação, que é adquirida antes da instalação de doenças crônicas mais graves e permanece estável na vida adulta, desempenhou um papel fundamental em demonstrar que a direção da influência se dá da posição social para o estado de saúde e não o inverso, como muitos economistas da saúde insistiam em afirmar (Figueiredo Santos 2011, p.31).

No contexto da pandemia de COVID-19, a teoria das causas fundamentais nos auxiliou a compreender por que determinados grupos socioeconômicos são mais protegidos em relação à ocorrência de doenças. A pandemia evidenciou as

desigualdades existentes na sociedade, com pessoas de baixo status socioeconômico enfrentando maiores dificuldades no acesso a serviços de saúde, medidas de prevenção e suporte econômico. A teoria das causas fundamentais ilustrou que a pandemia não foi apenas uma crise de saúde, mas também uma crise social que amplificou as desigualdades pré-existentes (Figueiredo Santos, 2020)

Em síntese, considerando a Teoria das Causas fundamentais, três critérios gerais servem potencialmente de base para a formulação de políticas e avaliação do processo saúde-doença: (1) perfis de risco individuais; (2) impacto sobre uma doença ou análise de outras doenças (Link e Phelan, 1995); (3) visão ampla das condições sociais. Ao reconhecer que o acesso a recursos e oportunidades é crucial para proteger a saúde e prevenir doenças, podemos desenvolver intervenções mais abrangentes e efetivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma característica essencial da questão social é a sua influência em vários resultados de doenças, não se limitando a uma única doença ou problema de saúde. A produção teórica em saúde demonstra que as disparidades em saúde não são simplesmente o resultado de diferenças biológicas ou comportamentais entre as pessoas, mas são oriundas de sistemas sociais e estruturas de poder desiguais.

Um dos objetivos das políticas públicas em saúde é a redução das desigualdades sociais, pois estas são consideradas causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. O Brasil assumiu explicitamente a agenda de determinantes sociais de saúde, o que evidenciou as pobreza multidimensionais que têm um impacto significativo na equidade na saúde. Chamada de "a causa das causas" do processo saúde-doença pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (Marmot, 2011), a comissão tem recomendado políticas com o objetivo de melhorar a saúde das populações mais vulneráveis, o que inclui a relação com os fatores sociais na saúde.

A Teoria da determinação social de saúde e a Teoria das causas fundamentais apresentam premissas básicas para a compreensão das desigualdades e para a formulação de políticas de saúde. Desafiando a visão reducionista que se concentra

apenas nos fatores de risco individuais, essas bases teóricas revelam as condições sociais subjacentes que perpetuam as desigualdades em saúde e lançam luz para discussões políticas mais assertivas, acesso equitativo a serviços de saúde e de educação com qualidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo(SP): Hucitec, 2006.

ANTUNES JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(3):562-7. Disponível em: ><http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000300025>. PMID:18425296 <.

ARREDONDO, A. **Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad**. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 254-261, 1992.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Editora Fiocruz, 2009.

BARRETO, M. L. **Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(7):2097-2108, 2017.

BORGHI, C. M. S. D. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, p. 869-897, 2018.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A. Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. V. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços**. Lisboa: Alto Comissário da Saúde, 2010.

CARRAPATO, P. CORREIA, P.; GARCIA, B. **Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde**. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CARVALHO, A. I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

DALOSTO, C. D. **As políticas públicas e o problema da concretização dos direitos quilombolas no Brasil: o exemplo Kalunga**. Universidade federal de Goiás Faculdade de direito Programa de pós-graduação em direito agrário. Goiânia, 2016.

FIGUEIREDO SANTOS, José A. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Revista**

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS ACERCA DO PENSAMENTO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA. João Nivaldo Pereira GOIS; Kévelen de Freitas SILVA; Sabrina Guimarães PAIVA; JNT **Facit Business and Technology Journal**. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2024 - MÊS DE DEZEMBRO - Ed. 57. VOL. 01. Págs. 477-500. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 26, n. 75, p. 27-55, 2011a. DOI: 10.1590/S0102-69092011000100002.

FIGUEIREDO, Santos, JOSÉ, A. **Covid-19, causas fundamentais, classe social e território**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00280112. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00280.

GARBOIS, J.A.; SODRÉ, F; DALBELLO-ARAUJO, M. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro, V. 41, N. 112, P. 63-76, JAN-MAR 2017.

GEORGE, F. **Sobre determinantes da saúde**. set 2011. Disponível em: [PDF]> <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx><.

KARASEK, R. A.; BAKWR D, M. F.; AHLBOM, A.; THÈORELL, T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. **American Journal of Public Health**, 1981.

LINK, G. B.; PHELAN, J. **Social conditions as fundamental causes of disease**. Journal of Health and Social Behavior, Extra Is-sue: 80-94., 1995.

LUTFEY, K. ; FREESE, J. Em direção a alguns fundamentos da causalidade fundamental: status socioeconômico e saúde na visita clínica de rotina para diabetes. **American Journal of Sociology**, 110 (5). 2005. Disponível em: ><https://doi.org/10.1086/428914> <.

MARMOT, M. 2011. **Global action on social determinants of health**. Bulletin of the world Health Organization, 89(10): 702-702.

MINAYO, M. C. de S. Determinação social, não! Por quê?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00010721, 2021.

MIROWSKY, J.; ROSS, C. E.. **Causas sociais de sofrimento psicológico**. Aldine de Gruyter, 1989.

MONTEIRO, S.R.R.P. **O marco conceitual da vulnerabilidade social**. Sociedade em Debate, Pelotas, 17(2): 29-40, jul.-dez./2011.

PHELAN, Jo C.; LINK, B. G.; TEHRANIFAR, P. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**, November 2010; vol. 51, 1 suppl: pp. S28-S40.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. - 8. ed. - Rio de Janeiro : Medbook, 2018.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS ACERCA DO PENSAMENTO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA. João Nivaldo Pereira GOIS; Kévelen de Freitas SILVA; Sabrina Guimarães PAIVA; JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2024 - MÊS DE DEZEMBRO - Ed. 57. VOL. 01. Págs. 477-500. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

SILVA, J. V. S.; MACHADO, F. C. A.; FERREIRA, M. A. F. **As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras**. Ciênc. saúde coletiva, v. 20, n. 8, ago. 2015.

SNOW, J. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016.

World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization [documento na Internet]**. New York: WHO; 1946.