DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: REFLEXÕES TEÓRICAS E IMPLICAÇÕES PARA A ATENÇÃO INTEGRAL

RESENHA

BICALHO, Juliana Mara Flores[1], CAMPOS, Ana Cristina Viana[2]

BICALHO, Juliana Mara Flores. CAMPOS, Ana Cristina Viana. **Determinação social da saúde: reflexões teóricas e implicações para a atenção integral**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 09, Ed. 04, Vol. 01, pp. 64-76. Abril de 2024. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/determinacao-social-da-saude, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/determinacao-social-da-saude

RESUMO

A discussão sobre os aspectos sociais da saúde se destacaram na área de saúde contemporânea. A compreensão das diferenças entre os determinantes sociais e a determinação social da saúde torna-se essencial, pois esses conceitos convergem em suas análises, mas abordam a influência social na saúde de maneiras diferentes. Os determinantes sociais enfocam fatores externos que afetam a saúde, enquanto a determinação social considera a complexa interação entre elementos biológicos, culturais, sociais e históricos. Este trabalho apresenta reflexões teóricas sobre esses conceitos e suas implicações para a atenção integral à saúde. A análise se baseia em uma resenha temática. Destacou-se o pensamento crítico latino-americano, que enfatizava a interdependência entre as condições de vida e saúde. Além disso, os estudos decoloniais e interseccionais ampliaram a compreensão dos determinantes sociais, que questionaram como o conhecimento científico foi historicamente produzido e como as desigualdades sociais foram perpetuadas. A abordagem interseccional analisou como diferentes categorias sociais moldaram as desigualdades em saúde e a importância de entender como os determinantes sociais se entrelaçam. Modelos explicativos do processo saúde-doença foram discutidos, apontando suas limitações e evoluções. O modelo unicausal, predominante no passado, mostrou limitações na compreensão de doenças complexas e determinantes sociais. O modelo preventivista, que descrevia o curso natural da doença, enfatiza a importância das ações preventivas, mas também foi criticado por sua abordagem individualista. O modelo integrado passou a reconhecer a complexa rede de fatores que influenciavam a saúde. Mais recentemente, modelos conceituais como o de Diderichsen e Hallqvist, enfatizaram a interligação entre o contexto social e as disparidades de saúde e o modelo de Solar e Irwin ressaltou o papel das condições de vida e redes de apoio social na promoção da saúde. A determinação social da

saúde e a atenção integral são conceitos fundamentais para entender a influência social na saúde e promover uma assistência equitativa. O avanço desses conceitos requer pesquisas interdisciplinares, abordagens críticas e a consideração das complexas interações entre os diferentes níveis de determinantes sociais. A partir dessa compreensão, a proposta de políticas públicas mais abrangentes pode nos conduzir a uma sociedade mais saudável e equânime.

Palavras-chave: Determinação Social da Saúde, Determinantes Sociais da Saúde, Modelos de Atenção, Atenção Integral à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A discussão sobre os aspectos sociais da saúde tornou-se um tema de importância crescente nos diálogos contemporâneos no âmbito da saúde coletiva. Segundo as reflexões de pesquisadores como Diderichsen (Buss e Pellegrini Filho, 2007), essa influência transcende os determinantes sociais, adentrando a esfera da compreensão de como os contextos sociais e as disparidades refletem no processo saúde-doença.

Para uma compreensão mais aprofundada desse conceito, é essencial discernir entre as abordagens dos determinantes sociais e a determinação social da saúde, pois são conceitos diferentes que convergem em suas análises. Enquanto os determinantes sociais enfocam os elementos externos que impactam a saúde, a determinação social evoluiu a compreensão das interações e sobreposições desses fatores, considerando as dimensões biológicas, culturais, sociais e históricas.

Dessa forma, este trabalho tem o objetivo de apresentar reflexões teóricas a respeito dos modelos de atenção à saúde, conceitos sobre os determinantes sociais e a determinação social, bem como apontar as implicações para a saúde integral.

2. MÉTODO

Realizou-se uma revisão temática abrangente com uma análise aprofundada dos modelos de atenção à saúde, conceitos relativos aos determinantes sociais e à determinação social, bem como destacar suas implicações cruciais para a promoção da saúde integral. A partir da seleção criteriosa da literatura disponível sobre o tema

em questão, exploraram-se os elementos teóricos e práticos envolvidos na interseção entre os modelos de atenção à saúde e os determinantes sociais da saúde.

Foram utilizadas as principais bases de dados na área de saúde, incluindo, mas não se limitando a, *LILACS, SciELO*, BVS e *PubMed*. Estas plataformas são reconhecidas por sua abrangência e rigor acadêmico, o que possibilitou a obtenção de uma gama diversificada de estudos, artigos e análises relevantes. Além das bases de dados, também foram consultadas obras literárias de renomados especialistas no campo da saúde pública, bem como a legislação pertinente que embasa o tema em análise.

A busca abrangeu o período compreendido entre junho e julho de 2023, visando assegurar que as informações reunidas estivessem atualizadas e alinhadas com o estado da arte no campo da determinação social da saúde.

Os dados obtidos foram submetidos a uma análise crítica e interpretativa, visando identificar padrões, tendências e relações fundamentais entre os modelos de atenção à saúde, os determinantes sociais e a determinação social. Esta etapa foi crucial para embasar as reflexões teóricas apresentadas no artigo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Historicamente, o pensamento crítico latino-americano desempenhou um papel importante ao questionar o modelo biomédico, proporcionando uma visão mais abrangente da saúde. Segundo Breilh (2000), esse pensamento enfatiza a interdependência entre as condições de vida e saúde, reconhecendo a centralidade das estruturas sociais na experiência do processo saúde-doença.

Além disso, as contribuições dos estudos decoloniais e interseccionais ampliaram a compreensão dos determinantes sociais. Os estudos decoloniais trouxeram uma perspectiva crítica à forma como o conhecimento científico foi produzido e como as desigualdades sociais foram perpetuadas historicamente. Essa abordagem sobre a colonialidade desenvolvida por pesquisadores como Aníbal Quijano, desde o final da década de 1990, tem procurado retomar uma série de problemáticas histórico-sociais latino-americanas buscando descolonizar o pensamento e reconhecer o impacto das

estruturas coloniais na saúde (Ballestrin, 2013). Viruell-Fuentes e colaboradores (2012) adotaram a abordagem interseccional para analisar como diferentes categorias sociais moldam as desigualdades em saúde. Essas interseções são fundamentais para entender como os determinantes sociais se entrelaçaram e influenciam, ainda hoje, nos resultados de saúde de uma população.

Nesse contexto, destacam-se modelos explicativos do processo saúde-doença que refletem o entendimento ao longo do tempo. Neste texto, serão destacados os principais modelos que figuram entre os mais relevantes para a formação profissional relacionada ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: modelo unicausal, modelo preventivista (História Natural da Doença) e modelo integrado de experiência social da saúde (Indivíduo - Comunidade - Sociedade).

O modelo unicausal é enraizado no paradigma biomédico e aceitava que uma única causa específica fosse responsável pelo desenvolvimento de uma doença. Esse modelo foi predominante durante o século XIX e parte do século XX, quando a pesquisa médica estava centrada na identificação de microrganismos como agentes patogênicos causadores de doenças infecciosas. A descoberta do bacilo da tuberculose por Robert Koch é um exemplo emblemático do sucesso desse modelo em algumas situações (Rosemberg, 1999). No entanto, o modelo unicausal mostrou-se limitado para explicar doenças complexas, como doenças crônicas não transmissíveis e problemas de saúde relacionados às questões sociais. Sua abordagem simplista não levava em conta as múltiplas possibilidades entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que influenciam a saúde.

O modelo preventivista, conhecido como História Natural da Doença, foi proposto por Leavell e Clark na década de 1950. Esse modelo descreve o curso natural de uma doença desde a exposição ao fator de risco até o desfecho final (cura ou morte). É composto por três fases: pré-patogênica (antes do adoecimento), patogênica (manifestação da doença) e pós-patogênica (possíveis resultados). Este modelo trouxe uma contribuição significativa para a prevenção de doenças ao enfatizar a importância das ações preventivas e o reconhecimento dos primeiros socorros. No entanto, assim como o modelo unicausal, sua abordagem individualista limitava a

compreensão dos fatores sociais da saúde, subestimando a influência dos contextos sociais, culturais e ambientais.

O modelo seguinte, integrado da experiência social da saúde, buscou superar a limitação dos modelos anteriores, reconhecendo que a saúde é resultado de uma rede complexa entre fatores biológicos, comportamentais, sociais e ambientais. Proposto por Dahlgreen e Whitehead (1991), esse modelo colocou o indivíduo na base da estrutura, com camadas sobrepostas relacionadas a diferentes níveis de determinantes. Na primeira camada estavam os determinantes individuais, como idade, sexo e características genéticas. Na camada subsequente, estavam os fatores relacionados ao estilo e hábitos de vida. A terceira camada englobava os determinantes sociais, como condições de trabalho, acesso a alimentos e serviços, e a quarta camada representava a situação socioeconômica global (Buss, Pellegrini Filho, 2007). Esse modelo reconheceu a importância dos determinantes sociais da saúde, bem como enfatizou a complexidade e a subjetividade dos indivíduos, e a influência da comunidade e a sociedade onde esse indivíduo vive. Por considerar fatores múltiplos, esse modelo foi o que melhor o processo saúde-doença de uma maneira mais abrangente e contextualizada.

As abordagens dos determinantes sociais da saúde foram evoluindo com as atualizações teórico-conceituais sobre como os contextos sociais influenciam a saúde e o bem-estar das populações. Destaca-se a relevância do modelo de Diderichsen e Hallqvist proposto em 1998, que foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead em 2001 (Buss, Pellegrini Filho, 2007) e estabeleceu um enriquecimento significativo em nossa compreensão. O cerne dessa abordagem residiu na percepção de que a diversificação entre classes, que surge do contexto em que cada indivíduo está inserido, gera posições sociais distintas. Essas, por sua vez, desenvolveram variações notáveis nos quadros de saúde de pessoa para pessoa. Esse modelo realçou a estratificação social intrincada que emerge do contexto social. As posições sociais distintas resultaram em fatores específicos cruciais na determinação das desigualdades de saúde. A ênfase na interligação entre o contexto social e as disparidades de saúde foi essencial para a compreensão mais profunda sobre a

complexidade das condições humanas e da influência das estruturas sociais na saúde (Benetti, Guarido, [s.d.]).

O modelo de Solar e Irwin (2010) aprofundou a compreensão dos determinantes sociais da saúde ao destacar o papel das condições de vida e das redes de apoio social na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Esse modelo enfatiza a interconexão entre os fatores biológicos, comportamentais e socioeconômicos, proporcionando uma visão holística das influências sociais na saúde.

Partindo-se do modelo de Dahlgreen e Whitehead (1991), um novo marco conceitual sobre os determinantes sociais da saúde – DSS é apresentado pela OMS, em 2010, a partir do modelo construído por Solar e Irwin (2010). Este modelo delineou a complexa interação entre os determinantes estruturais e intermediários da saúde. Os determinantes estruturais abrangem fatores sociais, políticos e econômicos que criam posições socioeconômicas e, por sua vez, influenciam a vulnerabilidade e os agravos à saúde. Esses determinantes incluem sistemas de governança, políticas macroeconômicas, políticas sociais, educação, saúde e valores sociais. Por outro lado, os determinantes intermediários compreendem circunstâncias materiais, comportamentais, biológicas e psicossociais, destacando o acesso ao sistema de saúde como fundamental. Além disso, o modelo enfatizou a importância da coesão social e do capital social em ambas as dimensões, sublinhando a necessidade de abordagens integradas e políticas públicas abrangentes para combater as desigualdades em saúde (Silva, Bicudo, 2022).

É inegável que a transição histórica do modelo preventivista para a medicina social na Europa e América Latina, bem como a compreensão das determinações que se sobrepõem em suas diversas dimensões, foi fundamental para uma análise crítica e aprofundada dos processos de saúde e doença. Nesse sentido, as reflexões de Laurell e Noriega (1989) ressaltaram a importância de superar a abordagem individualista da medicina tradicional e aceitar as determinações sociais da saúde, integrando a análise das condições de vida e trabalho dos indivíduos. Em uma abordagem conceitual, é necessário compreender que as determinações se cruzam nas dimensões celular/biológica, familiar/comunitária e sociedade/contextos local,

nacional e internacional. Conforme Chaves (1998), essa interseção multidimensional é o que torna a experiência social da saúde uma abordagem abrangente e complexa, capaz de contemplar a diversidade de fatores envolvidos no processo saúde-doença.

Para isso, faz-se necessário ainda realizar uma reflexão entre os conceitos de “determinantes sociais da saúde” e de “determinação social da saúde”. Os “Determinantes Sociais da Saúde”, como dito anteriormente, se referem aos fatores externos que influenciam a saúde, como acesso à educação, moradia, saneamento, renda e alimentação. Contudo, esse modelo tem uma tendência à abordagem positivista e reducionista, sobretudo quando se discutem dados epidemiológicos de forma individualizada, sem considerar todos os fatores sociais que podem estar envolvidos no processo de adoecimento do indivíduo e da população (Rocha, Davi; 2015). Os modelos sobre os determinantes sociais da saúde sofreram muitas críticas no âmbito da saúde coletiva e da medicina social latino-americana.

Enquanto modelos como o de Dahlgreen e Whitehead (1991) consideram periféricos, os fatores estruturais em sua explicação conceitual dos determinantes sociais da saúde, o modelo de Solar e Irwin (2010) dá prioridade aos fatores estruturais, mas ainda é considerado insuficiente para representar uma mudança de paradigma. Isso leva a uma crítica à falta de uma análise mais profunda das causas sociais subjacentes à desigualdade em saúde. Além disso, as críticas apontam para uma abordagem reducionista e fragmentada dos determinantes sociais da saúde, que se concentra principalmente em "fatores" (condições de vida e trabalho, educação, moradia etc.), "circunstâncias" e "condições". Essa visão limitada não leva em consideração a complexidade dos processos sociais, culturais, econômicos e biológicos envolvidos na relação saúde-doença, nem reconhece que o perfil patológico é moldado e modificado ao longo do tempo em cada sociedade. Ainda, as estruturas sociais são consideradas variáveis em vez de categorias analíticas que influenciam a produção e reprodução social (Silva, Bicudo, 2022).

Outra crítica importante é a falta de consideração das relações de produção e reprodução social, bem como a falta de reconhecimento da incompatibilidade entre a acumulação capitalista e modos de vida saudáveis. As soluções propostas

frequentemente se concentram em ações governamentais limitadas e funcionais, como melhorar as condições de vida e redistribuir recursos, enquanto não abordam adequadamente a dinâmica da acumulação capitalista. Além disso, as críticas destacam a adoção de uma visão fragmentada do "social" nos determinantes sociais da saúde, separando as dimensões da natureza e do ser humano e enfatizando a quantificação, a fragmentação e a objetividade, o que acaba por perpetuar uma visão de um "social" fragmentado e externo à dimensão da saúde. Isso leva a uma compreensão limitada dos complexos fenômenos humanos e dificulta a abordagem integrada desses problemas (Silva, Bicudo, 2022).

A “Determinação Social da Saúde”, por sua vez, seria um conceito que transcende a compreensão tradicional da relação entre saúde e doença, abordando as múltiplas influências presentes no contexto social. Essa abordagem busca entender como fatores socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais exercem um papel crucial na pirâmide dos padrões de saúde de uma população (Nogueira, 2010; Borghi *et al*, 2018). Em outras palavras, ela reconhece que as condições de vida e as desigualdades sociais são determinantes fundamentais na saúde das pessoas. Para compreender a Determinação Social da Saúde em sua plenitude, é essencial considerar a perspectiva de autores contemporâneos que contribuem significativamente para o avanço dessa área. Marmot e colaboradores (2008) destacaram que era urgente pensar em um conceito que fosse além das causas médicas convencionais, explorando os determinantes sociais, os estilos de vida, além das oportunidades educacionais, de empregos e a exposição a fatores de risco.

Laurell e Noriega (1989) apontaram a importância de analisar as condições sociais e a estrutura para compreender as determinações da saúde. Nesse contexto, a abordagem na medicina social e a perspectiva interdisciplinar ganharam destaque como formas de superar o reducionismo biológico e incorporar a complexidade social na saúde. O pensamento crítico latino-americano enfatizou a importância da análise das estruturas sociais e da dinâmica da saúde.

Para Breilh (2000), esse pensamento introduziu uma ruptura com o modelo biomédico dominante, ressaltando a interdependência entre as condições de vida e saúde. Ao

incorporar a visão da medicina social, esse pensamento forneceu uma base sólida para a compreensão da saúde como um fenômeno complexo e multifatorial.

A partir daí, abre-se espaço para analisarmos a influência das determinações sociais no processo saúde-doença junto às possibilidades de atenção integral à saúde que é um dos princípios norteadores do SUS, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). A atenção integral à saúde se relaciona diretamente com a política de saúde brasileira, que busca promover a equidade no acesso e na oferta de serviços de saúde. No entanto, a implementação da atenção integral no SUS enfrenta desafio, problemas como a fragmentação do cuidado, a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção e a carência de recursos humanos são obstáculos a serem superados.

O conceito de integralidade na saúde pode ser compreendido como um conjunto de significados, mutável e multifacetada, moldando-se de acordo com o contexto e a perspectiva teórica que a ilumina. Englobam ações preventivas e curativas, promoção da saúde, cuidados interdisciplinares e atenção à diversidade das necessidades individuais e coletivas. Segundo Merhy (1997), a integralidade transcende a fragmentação com a qual, por vezes, encaramos a saúde. Ela desenha pontes entre os diferentes patamares de atenção, fundindo as variadas práticas profissionais de forma coordenada, onde equipes multidisciplinares centram-se no cuidado. Neste cenário, a integralidade reverbera como uma promessa de equidade e justiça. Reflete-se na promessa de portas sempre abertas, onde cada indivíduo, independentemente da complexidade de suas necessidades, encontra um solo fértil para o seu cuidado. É o compromisso de assegurar acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, garantindo que todas as necessidades de saúde sejam atendidas, independentemente da complexidade (Campos, 2003b).

A integralidade requer uma ruptura com o modelo biomédico hegemônico, de fato, exigindo a adoção de práticas de saúde que levem em conta o contexto social e cultural dos indivíduos. Nesse sentido, é necessário reconhecer a complexidade da determinação social do processo saúde-doença e integrar as ações de diferentes setores, como educação, habitação, cultura e economia (Campos, 2003a).

As bases teóricas para a proposta de atenção integral estão fundamentadas nos princípios do SUS, que buscam garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Sendo assim, a atenção primária à saúde assume um papel central, servindo como porta de entrada para o sistema e sendo a coordenadora do cuidado longitudinal. O modelo de atenção primária baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca promover a saúde e prevenir as doenças, atendendo às necessidades iniciais dos usuários e compartilhando o cuidado com serviços especializados quando necessário.

Para efetivar esta proposta, é fundamental investir na qualificação dos profissionais de saúde, fortalecer a atenção primária e promover a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde. Além disso, a atenção integral deve considerar a determinação social do processo saúde-doença, reconhecendo as desigualdades sociais que influenciam as condições de saúde e de adoecimento da população.

O SUS, em última análise, representa um cenário propício para essa integração, no entanto ainda enfrenta muitos desafios, como a necessidade de maior articulação intersetorial entre os profissionais de saúde e outros atores sociais. De acordo com Paim e colaboradores (2011), a promoção da saúde integral no SUS requer ações intersetoriais e a construção de políticas públicas que abordem as desigualdades sociais e a determinação social da saúde em suas múltiplas dimensões.

Para avançar nessa direção, novos estudos e pesquisas são necessários para aprofundar o conhecimento sobre a implementação, de fato, da atenção integral no contexto do SUS. A investigação de estratégias inovadoras e a análise de experiências bem-sucedidas em diferentes regiões do Brasil e em outros países, com sistemas de saúde semelhantes, podem fornecer *insights* valiosos para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde para a população.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta análise, torna-se evidente que a Determinação Social da Saúde se revela como uma matriz conceitual robusta e intrincada, que reconhece a intrínseca interconexão entre os fatores sociais e os determinantes da saúde. Paralelamente, a

promoção da atenção integral se erige como uma diretriz ineludível para viabilizar uma assistência que seja não apenas abrangente, mas também intrinsecamente equitativa dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, emerge uma série de perspectivas instigantes para investigações futuras. Este é um campo promissor, especialmente o que diz respeito à exploração mais aprofundada da complexidade que permeia os diferentes estratos dos determinantes sociais. Compreender as nuances e as relações sinérgicas entre esses elementos proporciona um terreno fértil para o delineamento de políticas públicas e ações de saúde que tenham um impacto mais eficaz na redução das desigualdades em saúde.

Além disso, a integração de perspectivas interdisciplinares se configura como uma necessidade premente. Abordagens críticas, como os estudos decoloniais e interseccionais, emergem como instrumentos essenciais para uma compreensão mais profunda, justa e contextualizada da saúde coletiva. Estas abordagens oferecem uma lente prismática, capaz de captar as complexas interações entre raça, gênero, classe social e outras dimensões que moldam as experiências de saúde e doença.

Ao adotarmos este panorama de reflexão e ação, podemos pavimentar um caminho rumo a uma sociedade mais saudável e justa para todos os seus membros. Este é o desafio e o chamado que a Determinação Social da Saúde nos apresenta: a oportunidade de transformar não apenas os sistemas de saúde, mas também as estruturas sociais e as narrativas que permeiam nossa compreensão da saúde e do bem-estar.

REFERÊNCIAS

BALLESTRIN, L.. **América Latina e o giro decolonial**. Revista Brasileira de Ciência Política, n. 11, p. 89–117, maio 2013.

BENETTI, D. S.; GUARIDO, C. F. **Ampliando horizontes:** Avaliação dos determinantes sociais de Saúde em pacientes, para a melhoria na qualidade do tratamento. Expanding horizons: Assessment of social determinants of health in patients with the aim of better quality treatment. Edu.br [s.d.].

BORGHI, C. M. S. DE O.; OLIVEIRA, R. M. DE .; SEVALHO, G. **Determinação ou determinantes sociais da saúde**: texto e contexto na América Latina. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 3, p. 869–897, set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde - **Lei nº 8.080/1990**. Brasília, DF, 1990.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica:** ciência emancipadora e interculturalidade. Abya-Yala, 2000.

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

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciências e Saúde Coletiva, v.8, n. 2, p.509-584, 2003a.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003b.

CHAVES, M. M.. **Complexidade e Transdisciplinaridade**: Uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 22, n. 1, p. 07–18, jan. 1998.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm**. Institute for Future Studies, 1991.

LAURELL, A. C; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde:** trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARMOT, M. *et al*. **Fechando a lacuna em uma geração**: equidade em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde. The Lancet, v. 372, n. 9650, pág. 1661-1669, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MEZRHY, E. E. *et al*. (Org.). **O Trabalho em Saúde:** Olhando e Experimentando o SUS no Cotidiano. São Paulo: Hucitec, 1997.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. The Lancet, [online] 9 May, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf

ROCHA, P. R; DAVID, H. M. S. L. **Determinação ou Determinantes?** Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 1, p. 129–135, fev. 2015. https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017.

ROSEMBERG, J. Tuberculose - **Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação**. Bol. Pneumol. Sanit., Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 5-29, dez. 1999.

SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. V. C; SILVA, L. B.; MACHADO, T. O. (Orgs.). **Trabalho e saúde:** diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula, 2022.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **Uma estrutura conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde.** Determinantes sociais do documento de discussão em saúde 2 (política e prática). Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

VIRUELL-FUENTES, E. A. *et al*. **Além da aculturação: imigração, discriminação e pesquisa em saúde entre mexicanos nos Estados Unidos**. Ciências Sociais e Medicina, v. 74, n. 6, pág. 843-851, 2012.

NOTA

Os autores utilizaram a Inteligência Artificial "ChatGPT (versão 3.5)" para correção ortográfica em todo o texto. No entanto, todas as buscas pelo conteúdo, classificação da qualidade do artigo, idealização, elaboração e redação do texto foram realizadas de maneira autoral. Os autores se responsabilizam pelo material.

Material recebido: 27 de setembro de 2023.

Material aprovado pelos pares: 25 de janeiro de 2024.

Material editado aprovado pelos autores: 11 de abril de 2024.

[1] Doutora em Ciências da Saúde área de concentração em Saúde Coletiva, Mestra em Desenvolvimento Regional, Especialista em Saúde Coletiva, Especialização em Práticas de Ensino e Tecnologias Educacionais, Pós-graduada Lato Sensu em Gestão das Políticas de Alimentação e Nutrição, Graduada em Nutrição. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1445-8234. Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/6357944937802023.

[2] Doutora e Mestre em Odontologia na área de concentração em Saúde Coletiva; Especialista em Tecnologias da Aprendizagem, Especialista em Bioestatística, Especialista em Saúde da Família, Graduada em Odontologia. ORCID: http://orcid.org/0000-0003-0596-6632. Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/4058636685107892.