

CAPÍTULO 9

PARA ALÉM DA PESSOA... O SOCIAL

Data de aceite: 02/05/2024

Carolina Machado

Médica de Família e Comunidade
Mestre em Gestão de Tecnologia e
Inovação em Saúde
Professora do curso de Medicina da
Universidade do Vale do Itajaí

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor em Saúde Coletiva
Professor da Universidade do Vale
do Itajaí no curso de Medicina e nos
Programas de Mestrado em Gestão de
Políticas Públicas e Saúde e Gestão do
Trabalho
Consultor do Núcleo de Telessaúde da
Universidade Federal de Santa Catarina

Partimos do pressuposto de que a forma como vemos e concebemos o processo saúde-doença determina uma ação em saúde específica e dirigida¹. Ou seja, toda ação em saúde está relacionada com uma concepção saúde-doença.

Quando tratamos de modelos conceituais em saúde, subentende-se que existem distintos conceitos que determinam diversas perspectivas sobre o que constitui a saúde e como promovê-la, bem como tratar as doenças. Essas diferentes perspectivas propiciam abordagens e práticas distintas, que podem ser mais ou menos eficazes.

Uma das formas de compreender o processo saúde doença é através do chamado modelo biomédico.

O modelo biomédico, através do deslocamento da subjetividade para a objetividade, do respeito aos valores para o estabelecimento de regras e normas, fomenta um afastamento crescente entre médicos e pacientes, e destes em relação ao seu corpo. Diminui, assim, a capacidade de ação dos pacientes enquanto sujeitos no processo saúde-doença. Desse modo, o modelo biomédico tem levado ao distanciamento e à objetivação das pessoas, bem como à deterioração da relação médico-paciente com interferência no papel terapêutico da Medicina^{2,3}.

Nesse modelo, a doença é vista como um fenômeno apenas biológico, e reduz-se o pessoal ou “psicossocial” para mecanismos apenas celulares ou moleculares. A centralidade da prática se dá através da solicitação de exames e prescrição de medicamentos, e a experiência pessoal e subjetiva é desconsiderada.

Todavia, os aspectos biológicos são apenas um dos elementos que influenciam a saúde, e não devem ser compreendidos de forma isolada. Ao analisarmos a saúde de uma população, é essencial considerar também a **dimensão social**, que desempenha um papel crucial na promoção da equidade/iniquidade em saúde.

Nesse sentido, algumas teorias explicativas, como os Determinantes Sociais da Saúde, a Determinação Social do Processo Saúde-Doença e a Teoria Psicossocial, resgatam e explicitam a dimensão social, muitas vezes negligenciados nas concepções que privilegiam a abordagem biológica e individual⁴.

Não se trata de negar os aspectos biológicos na determinação das condições de saúde, mas de precisar o seu peso em face aos determinantes econômicos e sociais⁵.

O biológico é um aspecto importante no processo de adoecimento. Trata-se sim de uma condição necessária, porém não suficiente para compreender a complexidade do binômio saúde-doença^{4,6}. Por exemplo, isoladamente o aspecto biológico não explica a distribuição desigual das mortalidades materna e infantil, as mortes por causas externas, o elevado número de gestações na adolescência, entre outras situações, nas diferentes classes sociais.

Portanto se entendemos a saúde e a doença como determinadas socialmente, a compreensão recai na necessidade de conhecermos a sociedade em que vivemos para podermos abordar as relações sociais, econômicas e culturais que interferem na ocorrência objetiva do biológico.

Assim, o conceito de determinação social do processo saúde-doença refere-se à compreensão de que as condições de vida e trabalho, as desigualdades sociais, o acesso aos serviços de saúde e outros fatores sociais exercem influência direta sobre a saúde das pessoas e a ocorrência de doenças. Dessa forma, o conceito reconhece que a saúde é resultante de uma complexa interação entre fatores biológicos, comportamentais e sociais, e que as desigualdades sociais podem levar à disparidades na saúde da população.

É importante pontuar que existem formas diferentes de conceber a dimensão social do processo saúde-doença.

Uma definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que os **Determinantes Sociais de Saúde** (DSS) são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas estabelecidos para combater as doenças. Essas circunstâncias estão configuradas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, normativas e políticas. Neste sentido, as condições de vida (crescimento, aprendizado, reprodução, trabalho e envelhecimento) estão determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social, e isto inclui o grau de vulnerabilidade individual a agravos na saúde e suas consequências⁴.

Ou seja, os DSS incluem as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. A OMS adota uma definição mais sucinta sobre os DSS, os quais são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham⁷.

Dahlgren e Whitehead⁸ desenvolveram um modelo explicativo difundido mundialmente e adotado pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, que inclui os Determinantes Sociais da Saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima, dos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macro determinantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza ambiental, cultural, social e econômica⁹.

De acordo com esse modelo, divide-se os determinantes em estruturais e intermediários. Os determinantes estruturais - ou macro determinantes, são os mecanismos que geram e reforçam hierarquias sociais que definem o poder, prestígio e acesso aos recursos por meio da educação, do trabalho e da renda. Já os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em fatores comportamentais biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia etc.), fatores psicossociais, o sistema de saúde e a coesão social. Outros determinantes intermediários incluídos nesse modelo são os estilos de vida e comportamentos, que se expressam, por exemplo, nos padrões de consumo de tabaco,

álcool e na falta de atividade física. Vale ressaltar que os fatores de risco operam de forma diferencial de acordo com a posição socioeconômica do indivíduo¹⁰.

Muitas pessoas concordam que o estilo de vida é a principal causa das desigualdades em saúde, mesmo quando admitem que o contexto, ou as condições de vida, tem um impacto no estado de saúde. Esta perspectiva liberal de entender o processo de saúde-doença acaba por ignorar o conteúdo social do processo, atribuindo as diferenças observadas aos desejos individuais. As diferenças em relação à moradia, tipo de trabalho, renda, etc. – as condições de vida – são justificadas por uma enganosa “meritocracia”, em que pessoas saem de lugares muito diferentes, para pretensamente chegarem no mesmo lugar. Além disso, consideram que as pessoas na sociedade moderna têm a liberdade de escolher seus comportamentos e circunstâncias que representam maior ou menor risco para sua saúde. Entretanto, os estudos epidemiológicos têm demonstrado que os fatores de risco comportamentais representam apenas 25% da ocorrência dos problemas crônicos de saúde. Portanto, mesmo que o estilo de vida seja importante individualmente, dificilmente seria capaz de explicar as desigualdades em saúde³.

Para Borde e colaboradores¹⁰, o paradigma dominante tem negado a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens biologistas, culturalistas e, principalmente, aquelas que têm explicado as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis.

Em que pese os indivíduos façam escolhas que possam implicar comportamentos sadios ou prejudiciais à sua saúde, estas escolhas estão situadas em contextos familiares, econômicos, culturais, políticos e históricos. Portanto, o estilo de vida ou os comportamentos individuais são apenas as consequências mais imediatas do processo de determinação do adoecimento.

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 através 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-efeito⁷.

Alguns autores apontam que as desigualdades sociais mais importantes são as diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho^{3,11,12}.

Já outros autores focalizam a importância de subsidiar as políticas públicas realizando avaliações das condições sociais que determinam a saúde de grupos populacionais, tomando os “determinantes sociais de saúde” como equivalentes ao processo de determinação social da saúde. Entretanto, existem correntes que reforçam a ideia de **Determinação Social** (e não determinantes), considerando que o fator político e o modo de produção da sociedade são preponderantes para determinar o adoecimento dos indivíduos e comunidade.

As principais diferenças articulam-se em torno da diferenciação aparentemente sutil entre “Determinantes Sociais da Saúde” (DSS), como proposto pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e “Determinação Social do Processo Saúde-Doença” (DS), defendido principalmente pelo movimento da Medicina-Social e Saúde Coletiva da América Latina¹⁰.

A abordagem dos DSS desconsidera a complexidade, multidimensionalidade e natureza social do processo saúde-doença, que vão muito além do reconhecimento da influência de fatores sociais sobre a saúde das populações⁹. Ao contrário, a DS implica reconhecer as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas, moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença¹⁰.

Um primeiro indicativo da determinação social em documentos oficiais, que denotam a construção do nosso sistema de saúde, vem da da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986¹³, em que define saúde como:

1 - Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas¹³ (p.04).

Na visão da Determinação Social (DS), parte-se do reconhecimento de que, sob o capital, as relações sociais de produção e reprodução da vida são permeadas e expressam as contradições inerentes aos projetos de classe em disputa, e que estas contradições, por sua vez, expressam-se em desiguais formas de viver, adoecer e morrer¹⁴.

As condições materiais de produção e as características sociais de uma sociedade são a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Esta visão do modelo da determinação social da saúde é inspirada, de certa forma, no marxismo, que utiliza como questão central para análise das sociedades o entendimento de como se organiza a economia^{12,2}.

De acordo com este modelo, o montante de riqueza dos países, grupos sociais ou indivíduos é o principal determinante do estado de saúde, portanto a falta ou insuficiência dos recursos materiais para enfrentar de modo adequado os estressores ao longo da vida, acaba por produzir a doença e diminuir a saúde³.

O nível de riqueza determina a possibilidade de consumo ou a privação de bens materiais essenciais para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde e também o acesso e a utilização de serviços de saúde. Desse modo, o nível de riqueza influencia, diretamente, a situação de saúde. Entretanto, parte considerável da população mundial está sujeita a um nível de pobreza que impede o atendimento às necessidades elementares.

Por exemplo, a esperança de vida na Suécia, país que têm um PIB *per capita* de 42.000 dólares, é de 80 anos, enquanto em Angola, cujo PIB *per capita* é de 2.800 dólares, a esperança de vida ao nascer é de 40 anos⁹. Ainda que seja um indicador, o PIB *per capita* demonstra a média de riqueza, mas não a sua distribuição. O PIB associado ao índice de Gini (que mede a concentração da renda, ou seja, as desigualdades de distribuição) poderia ajudar na análise desses dados sobre o impacto da riqueza de um país na expectativa de vida de sua população.

A **Teoria Psicossocial** é outro modelo criado para lidar com o paradoxo entre riqueza e nível de saúde. Ela fortalece a ideia da percepção da desvantagem social como fonte de estresse e desencadeador de doenças. Nos países cujo modelo político é o Estado de bem-estar social (*welfare state*), em que as necessidades básicas estão atendidas, as diferenças relativas à posse de bens e nas posições de prestígio e poder passam a ser mais relevantes para a produção e distribuição das doenças do que simplesmente o nível de riqueza material¹¹.

Nesse modelo, a posição de classe e a reprodução social são consideradas os determinantes mais importantes dos perfis de saúde e doença. Nessa abordagem o problema deixa de ser tratado como uma questão de pobreza absoluta ou relativa e passa a ser visto da perspectiva da inclusão ou exclusão social⁹.

A dimensão social da saúde não está circunscrita aos aspectos decorrentes da exposição aos riscos de dano fisiológico, que são característicos da pobreza. O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde. De fato, esse campo da dimensão social da saúde é cada vez mais relevante, estando na base da série causal dos principais problemas de saúde¹.

Reconhece, desta forma, um “sujeito histórico”, construído nas relações sociais e processos de dominação, exploração e marginalização em função da consolidação de privilégios (materiais, políticos e simbólicos)¹⁰.

Estudos realizados na Inglaterra têm demonstrado que a posição dos indivíduos na organização social é determinante da situação de saúde independentemente do acesso a serviços de saúde e de hábitos individuais saudáveis⁹.

A relação entre condição socioeconômica e saúde tem sido amplamente investigada por diversos autores. Um estudo conduzido por Pincus e colaboradores¹⁵, demonstrou que mesmo em situações de acesso universal aos cuidados de saúde, o tipo de emprego mostrou-se mais preditivo para morte cardiovascular do que a combinação dos fatores de risco padrão, como nível de colesterol, pressão arterial e tabagismo.

O estudo Whitehall II realizado entre os trabalhadores administrativos do governo britânico mostrou aumento do risco de ausências prolongadas no trabalho por motivo de doença conforme se descende na escala da hierarquia burocrática. Os funcionários com

menor autonomia e submetidos a controle mais rígido por supervisores têm risco três vezes maior de se ausentar do trabalho por períodos longos em decorrência de problemas de saúde. A mesma relação foi observada entre trabalhadores franceses¹⁶.

Percebe-se que nos exemplos apresentados, os problemas de saúde não estão diretamente relacionados com exposições a agentes nocivos no ambiente de trabalho, mas sim com a posição social do indivíduo. No último caso, a ocupação foi tomada como um marcador da posição social dos indivíduos.

Outro exemplo é um estudo conduzido pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, cujo objetivo foi identificar fatores de risco para baixo peso ao nascer. O estudo concluiu que a incidência de baixo peso foi 1,8 vezes maior em filhos de mães fumantes e 2,4 vezes maior em filhos de mães pobres. A incidência também variou de acordo com a classe social da mãe. Na burguesia, a incidência de baixo peso foi de 3,1 casos por 100 nascidos vivos; entre o proletariado, 10,7 e no subproletariado, 13,9, mostrando um gradiente de agravamento do problema conforme piora a situação de classe. Portanto, o risco para os filhos de mães fumantes que pertencem à burguesia é menor do que o risco para os filhos das mães não fumantes que pertencem ao proletariado ou ao subproletariado. Pode-se refletir então que ambos os fatores são considerados determinantes para o baixo peso ao nascer, entretanto, se observarmos a combinação de ambas as variáveis, veremos que a determinação exercida pela classe social subordina a atuação do hábito de fumar como fator de risco¹⁷.

Autores sugerem que no Brasil, dimensão social do processo saúde-doença dá maior ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção e consumo, as quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. Ao mesmo tempo que busca articular as diferentes esferas da organização social, o conceito de modo de vida reúne em um mesmo marco teórico as condições coletivas dos grupos e os comportamentos dos indivíduos que compõem esses grupos³.

Fica claro que diferentes condições sociais de vida resultam, em geral, em diferentes condições de saúde, ou, por contraponto, de adoecimento. Assim, saúde e doença são produtos das condições concretas de trabalho e de reprodução da vida em cada classe social. Ou seja, a saúde é fortemente afetada pela posição social dos indivíduos.

Pensando o processo saúde-doença como a resultante de um processo complexo de determinações e mediações entre as diferentes dimensões da realidade é possível compreender as diversas dimensões possíveis na abordagem do problema. A abordagem proposta por Navarro¹¹, por exemplo, refere-se a um nível mais distal de determinação, ou seja, uma dimensão abrangente, a partir da qual outros planos de mediação irão intervir - o modo de produção econômico (determinação social).

O plano seguinte, entre o sistema político e o perfil de saúde-doença, é a organização socioeconômica existente em uma dada formação social. Esta dimensão

estará subordinada à determinação política e funcionará como mediadora para outras dimensões mais particulares tais como a etnia ou as relações de gênero. Estas, por sua vez, sofrerão a determinação das dimensões anteriores e funcionarão como mediadoras para processos microssociais, tais como as relações familiares. A dimensão mais proximal será dada pelas características fenotípicas dos indivíduos resultantes das interações entre características genotípicas e ambiente no qual o indivíduo vive.

Partindo dessa lógica, há pelo menos três níveis distintos de ação para a redução das desigualdades, dependendo do contexto político e social. O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde pode incluir políticas macrossociais, tais como políticas econômicas e sociais que modifiquem a estratificação social; políticas que modifiquem as condições de exposição e vulnerabilidade dos grupos sociais; ou políticas de saúde que atuem sobre as consequências negativas das desigualdades, buscando minimizar o impacto de seus efeitos^{3,11}.

Portanto, uma resposta médica isolada terá pouco potencial de resolução do problema, principalmente se combinadas com intervenções que enfatizem o estilo de vida, concebido como fruto de escolhas individuais, desconsiderando a possibilidade de acesso a tais estilos de vida saudáveis. O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar positivamente os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou reduzir os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas.

Todavia reconhecer as desigualdades sociais em saúde, buscar compreender os processos que as produzem e identificar os diferentes aspectos que estabelecem a mediação entre os processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais é uma condição essencial para que seja possível buscar estratégias de enfrentamento, sejam elas no âmbito coletivo – das políticas públicas, ou no âmbito individual e comunitário¹¹.

No âmbito individual e comunitário, o da Clínica Ampliada, também existem estratégias a serem realizadas, como por exemplo, fomentar a autonomia, a solidariedade, o engajamento comunitário, a participação social e a luta por melhorias que podem ser construídas coletivamente na própria comunidade, como atividades de lazer e promoção da atividade física, oficinas de trabalhos manuais ou artesanais, construção de hortas comunitárias, oficinas de geração de renda, cursos profissionalizantes, etc. Mas é importante lembrar que não existem receitas prontas. A construção destas atividades deve ser fomentada, a partir da realidade de cada comunidade, para e com ela, respeitando suas necessidades, potencialidades e desejos.

Pensando a Clínica de uma forma ampliada, no sentido da integralidade, a singularidade dos sujeitos deve sempre ser levada em consideração em todas as ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Entretanto essa singularidade está inserida num contexto histórico, político, econômico e social. O modo de produção pode influenciar significativamente o adoecimento das pessoas através de suas políticas econômicas,

condições de trabalho e prioridades sociais, e esses fatores devem ser considerados ao adotar uma abordagem centrada na pessoa na prática clínica, a fim de compreender plenamente o contexto social e econômico em que as pessoas vivem, trabalham, sobrevivem.

Nesse sentido, deve-se adotar uma perspectiva diferente de modelo de atenção, que se amplia para além da doença, dos modos de transmissão e fatores de risco, passando a incluir as necessidades e os determinantes sociais. Os sujeitos da atenção já não podem ser apenas os médicos, mas sim as equipes de saúde, a própria população e trabalhadores de outros setores, como a educação, transporte, planejamento, etc. Nesta lógica, as formas de organização do trabalho em saúde deveriam ser reorientadas para além da oferta de serviços de saúde, buscando o desenvolvimento de ações sobre os principais problemas e necessidades sociais de saúde, através de ações intersetoriais e de políticas públicas inclusivas. Ou seja, as ações de saúde devem visar especialmente melhorar as condições de vida das pessoas, além de proteger, recuperar e reabilitar a saúde¹, considerando ainda a equidade, como forma de diminuir as desigualdades sociais, no sentido da solidariedade e da justiça social.

A discussão sobre determinação social e determinantes sociais é bastante rica e o objetivo aqui não é de dicotomizar, mas de refletir, que os “inimigos” são outros. Aos “impacientes” que buscam a transformação pela via direta da determinação social, sejam “pacientemente impacientes”, pois a transformação social (modos de produção/determinação social) só é possível a partir de experiências solidárias coletivas (políticas sociais/determinantes sociais)¹⁸.

Ao longo dos últimos anos, é notório o fato de que o Método Clínico Centrado na Pessoa tem colocado a pessoa no centro do cuidado em saúde.

Segundo Lopes e Ribeiro¹⁹, a principal tarefa da medicina no século XXI é a descoberta da pessoa. Ela terá que encontrar as origens da doença e do sofrimento e, com esse conhecimento, desenvolver métodos para aliviar a dor, diminuir danos e reduzir o sofrimento.

Concordamos com os autores, mas ousamos ir além. Acreditamos que o atual desafio da medicina seja compreender a pessoa sob nossos cuidados dentro de um contexto político e social, superando o modelo biomédico. Ou seja, defendemos o fortalecimento da determinação social e dos determinantes sociais na compreensão do processo saúde-doença. Compreender esse aspecto permite ao profissional de saúde oferecer um cuidado mais adequado e efetivo, levando em conta as reais necessidades do sujeito, promovendo uma saúde mais integral e equânime.

O desafio que se impõe, portanto, é equilibrar a singularidade do indivíduo com o impacto dos fatores sociais em sua saúde.

O Método Clínico Centrado na Pessoa, deve portanto, incorporar como as condições de vida determinam as condições de saúde das pessoas. Isso requer que os profissionais

de saúde não só tratem os sintomas, mas também reconheçam e intervenham nas desigualdades estruturais que perpetuam condições de saúde adversas.

Incorporar a perspectiva da DS e dos DSS, implica em desenvolver práticas que visem transformar as estruturas sociais contribuintes para situações adversas à saúde. Isso envolve o empoderamento das comunidades para que tomem a frente em suas próprias questões de saúde e na luta mais ampla por justiça social. As práticas de saúde, neste sentido, tornam-se não apenas curativas, mas também emancipatórias, visando mudanças sociais que promovam uma saúde mais equânime.

Ao adotar esta abordagem ampliada, o Método Clínico Centrado na Pessoa não só trata o indivíduo, mas também se envolve ativamente na mudança das condições sociais e econômicas que “moldam” a saúde. Esta abordagem oferece uma base sólida para uma prática médica verdadeiramente transformadora, buscando não apenas a cura, mas também a equidade e a justiça social no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Maeyama MA, Cutolo LR. As concepções de saúde e suas ações consequentes. *ACM Arq Catarin Med.* 2010;39(1):89-96.
2. Verdi MI, Da Rós MA, Cutolo LR, Souza TT. *Saúde e Sociedade.* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 96 p.
3. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.
4. Tambellini AT, Schütz GE. Contribuição para o debate do CEBES sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate.* 2009;33(83):371-9.
5. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Rev USP [Internet].* 30 nov 2001;(51):138.
6. Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate.* 2009;83(33):380-9.
7. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis [Internet].* Abr 2007 [citado 30 abr 2024];17(1):77-93.
8. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health.* Copenhagen: World Health Organization; 2007. 105 p.
9. Nogueira RP. *Determinação social da saúde e reforma sanitária.* Rio de Janeiro: Cebes; 2010. 200 p.
10. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MF. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate [Internet].* Set 2015;39(106):841-54.
11. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Int J Health Serv [Internet].* Jul 2009;39(3):423-41.

12. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Dez 2004;9(4):865-84.
13. BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
14. Rocha PR, David HM. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. Fev 2015;49(1):129-35.
15. Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC, Olfson M, Zarin DA, Thompson J, Zito JM. Prescribing trends in psychotropic medications. *JAMA* [Internet]. 18 fev 1998;279(7):526.
16. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiology* [Internet]. Ago 2001;30(4):668-77.
17. Silva AA, Gomes UA, Bettiol H, Dal Bo CM, Murillo G, Barbieri MA. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. *Rev Saude Publica* [Internet]. Jun 1992 [citado 30 abr 2024];26(3):150-4.
18. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
19. Lopes JM, Ribeiro JA. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. *Rev Bras Medicina Fam Comunidade* [Internet]. 31 mar 2015;10(34):1-13.