



Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo

Structural determinants of health, race, gender, and social class: a scope review


Anna Larice Meneses Galvão^a

 <https://orcid.org/0000-0002-9108-2923>
E-mail: laricemeneses@hotmail.com


Elda Oliveira^{a,b}

 <https://orcid.org/0000-0002-9973-0948>
E-mail: eldadeoliveira@gmail.com

Ana Cláudia Camargo Gonçalves Germani^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7409-915X>
Email: ana.germani@fm.usp.br

Olinda do Carmo Luiz^a

 <https://orcid.org/0000-0002-2596-3626>
E-mail: olinda@usp.br

^aUniversidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

^bUniversidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

O objetivo do artigo é explorar e sistematizar o conhecimento a respeito dos determinantes estruturais da saúde, por meio da revisão de escopo nas bases de dados: Web of Science, Cinahl, Scopus, Lilacs e PubMed e nas revistas: *International Journal of Epidemiology*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, *American Journal of Public Health* e *American Journal of Epidemiology* no período de 2005 a 2018, pelos termos de busca: *Social Determinants of Health*, *Health Services*, *Health Policies*, e *Inequity*. Como resultado, foram identificados 1.164 artigos e selecionados 19. Os determinantes estruturais, também chamados marcadores sociais, foram: raça, gênero, identidade de gênero, migração e classe social. As perspectivas teóricas direta ou indiretamente assumiram a saúde como direito. As políticas de saúde propostas tiveram como foco o impacto positivo na equidade através de funções de planejamento; capacitação de prestadores de serviços; redução de barreiras ao acesso e participação dos grupos excluídos. Assim, a literatura científica reforça que todo indivíduo deve ter a capacidade de alcançar seu estado de saúde ideal sem qualquer distinção de raça; cor da pele; religião; idioma; nacionalidade; recursos socioeconômicos; gênero; orientação sexual; identidade de gênero; incapacidade física, mental ou emocional; ou qualquer outra característica ligada à discriminação ou à exclusão de oportunidades sociais e políticas. **Palavras-chave:** Determinantes Sociais da Saúde; Políticas de Saúde; Disparidades nos Níveis de Saúde; Acessibilidade aos Serviços de Saúde.

Correspondência

Olinda do Carmo Luiz
Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Av. Dr. Arnaldo,
445, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-903.

Abstract

This article aims at exploring and systematizing the knowledge about structural health determinants. For such purpose, we developed a scope review in the databases Web of Science, Cinahl, Scopus, Lilacs and PubMed; and in the journals International Journal of Epidemiology, Journal of Epidemiology and Community Health, American Journal of Public Health and American Journal of Epidemiology from 2005 to 2018. We used the search terms “Social Determinants of health”, “Health services”, “health policies”, and “inequity”. We identified 1,164 articles, of which 19 were selected. The structural determinants, also called social markers, were race, gender, gender identity, migration and social class. Theoretical perspectives of these articles, directly or indirectly, assumed health as a right. The proposed health policies focused on the positive effect of planning functions, training of service providers, and reduction of barriers to access and participation of excluded groups on equity. We concluded that the scientific literature reinforces that every individual must have the capacity to reach a personal ideal state of health without any distinction of race, skin color, religion, language, nationality, socioeconomic resources, genre, sexual orientation, gender identity, physical, mental or emotional disability, or any other characteristic linked to discrimination or exclusion from social and political opportunities. **Keywords:** Social Determinants of Health; Health Policy; Health Care Levels; Health Services Accessibility.

Introdução

A concepção sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) inaugura uma visão ampliada do processo saúde-doença ao intencionar articulações com outros setores e saberes. Esse olhar ampliado se refere às condições de vida e bem-estar social, distribuição de renda, condições de trabalho, redes de suporte social e entre outros fatores, integrando os conhecimentos e evitando a abordagem fragmentada dos problemas de saúde (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013).

Os DSS estão relacionados às condições em que as pessoas nascem, vivem e morrem (Chapman, 2010; Krech, 2012). São fatores associados aos aspectos “sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 78). Essa concepção é importante para entender como a saúde é sensível ao ambiente social e funciona como parâmetro para a busca de justiça social, um importante desafio da saúde coletiva (Carvalho, 2013; Rocha, 2011).

Na perspectiva da teoria ecossocial dos DSS, três elementos na dinâmica do processo saúde-doença são destacados: a ecologia, as influências societárias e a inter-relação entre os dois. Essa teoria dá ênfase ao ciclo de vida e ao fator histórico, destacando a análise das correlações com as diversas formas de desigualdade social, incluindo raça, classe, gênero e contexto epidemiológico (Krieger, 2011; Minayo, 1991). Aponta-se a necessidade de substituição de uma epidemiologia dos fatores de risco para uma visão mais holística, o que significa uma clara teorização epidemiológica sobre o social e o biológico, envolvendo fenômenos em diferentes escalas de tempo e espaço, em períodos históricos e locais específicos (Krieger, 2008).

Da perspectiva antropológica, os DSS devem ser entendidos como associados à cultura por carregar em si conceitos históricos e suas diferenças (Minayo, 1991). Como problemas globais, os DSS são decorrentes das diferenças demográficas e geográficas, do desenvolvimento econômico e cultural e dos preconceitos étnicos, abrangendo o papel da migração na ocorrência de doenças (Barreto, 2017).

Divergindo em parte das formulações sobre os DSS e tomando como referência a corrente médico-social e a epidemiologia crítica, a teoria da determinação social aponta o caráter histórico e social do processo saúde-doença. Ao conceber a saúde de forma indissociável da organização da sociedade, a determinação social assinala sua relação com a dinâmica de produção e distribuição de riqueza, destacando a articulação entre a extensão da assistência médica e as imposições do modo de produção capitalista, para manter e reproduzir a força de trabalho e para controlar as tensões e antagonismos sociais. Além disso, a incorporação de tecnologias diagnósticas e de tratamento nos cuidados médicos promove, segundo essa proposição, a acumulação de capital do setor industrial de equipamentos e de insumos médicos (Garbois; Sodr e; Dalbello-Araujo, 2017).

Uma importante vertente dos DSS pode ser observada nos documentos da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organiza o Mundial da Saúde (OMS) (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Chapman, 2010; Rocha, 2011). Em 2011, a OMS incorporou a defini o de Determinantes Estruturais como marcadores de classe social, raça/etnia e gênero, reconhecendo o contexto sociopolítico e a estrutura social na origem da distribui o de poder, prestígio e discrimina o, atuando assim na situa o desigual de saúde e bem-estar social (Carvalho, 2013). Ao pretender abarcar o contexto sociopolítico e a estrutura social, raça/etnia, gênero e classe social, busca-se estender a compreensão sobre as iniquidades no processo saúde e doença. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo explorar e sistematizar o conhecimento científico a respeito dos determinantes estruturais da saúde.

Método

Foi realizada uma revisão de escopo (*scoping study* ou *scoping review*), conforme o método proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI) que permite mapear a literatura sobre os principais conceitos em uma determinada área de conhecimento, e possibilita examinar a extensão, o alcance e a natureza da investiga o; sumarizar e divulgar os dados; e identificar lacunas de pesquisas, problematizando-se

a complexidade e a heterogeneidade do fen meno em estudo (Arksey; O'Malley, 2005; Davis; Drey; Gould, 2009; JBI, 2015; Nora; Zoboli; Vieira, 2017; Peters et al., 2015).

Os passos da pesquisa foram: formula o da questão; identifica o dos estudos relevantes; sele o dos estudos; extra o de dados; separa o, sumariza o e relatório dos resultados (Arksey; O'Malley, 2005; Davis; Drey; Gould, 2009; Levac; Colquhoun; O'Brien, 2010; Nora; Zoboli; Vieira, 2017; Peters et al., 2015).

Questão da pesquisa

Para a constru o da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia *population, concept e context* (JBI, 2015), sendo "P", popula o em geral, "C", determinantes estruturais e iniquidades, e "C", políticas públicas de saúde.

A pergunta norteadora foi: como os artigos científicos que tematizam os DSS concebem os determinantes estruturais na origem dos problemas de saúde?

Identifica o das publica es

Os descritores utilizados foram: "*Social Determinants of Health*", "*Health Services*", "*Health Policies*", "*Inequity*" e "*Accessibility*". As associa es com os operadores booleanos foram o "AND" e o "OR", sem necessidade do operador "NOT".

Para a estratégia de busca, foram usadas as bases de dados eletrônicas: Web of Science (*social sciences, arts and humanities*), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Scopus (ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); e o portal PubMed (Literatura biomédica e saúde), que engloba o Medline.

Procurando ampliar a sensibilidade da busca, foi realizado um levantamento adicional nas revistas que mais frequentemente publicam textos teóricos sobre epidemiologia social (Barata, 2005): *International Journal of Epidemiology*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, *American Journal of Public Health* e *American Journal of Epidemiology*.

Apesar delas estarem indexadas nas bases eletrônicas exploradas inicialmente, entendeu-se que uma busca específica poderia ampliar a localização de artigos, encontrando aqueles que eventualmente não aparecessem na procura inicial.

Após a busca, excluiu-se as duplicatas usando os programas EndNote e Excel®.

As referências bibliográficas dos artigos selecionados foram examinadas com o intuito de identificar um número maior de artigos.

Quadro 1 – Termos de busca nas bases de dados e revistas

Base de dados + revistas	Operador booleano + palavras-chave
PubMed-advanced	((Social Determinants of Health) AND Health Services) AND Health Policies) AND Inequity
Web of Science	Tópico: (Social Determinants of Health) AND Tópico: (Health Services) AND Tópico:(Health Policies) AND Tópico:(Inequity)
Scopus	(ALL (Social AND Determinants AND of AND Health) AND TITLE-ABS-KEY (Health AND Services) AND TITLE-ABS-KEY (Health AND Policies) AND TITLE-ABS-KEY (Inequity)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "SOCI"))
Lilacs	(tw:(Social Determinants of Health)) AND (tw:(Health Services)) OR (tw:(Health Services Accessibility)) AND (tw:(Health Policies)) AND (tw:(Inequity))
Cinahl	Social Determinants of Health AND Inequity AND Health Policy AND Health Services
<i>International Journal of Epidemiology</i>	Social Determinants of Health
<i>Journal of Epidemiology and Community Health</i>	Social Determinants of Health, Health Services, Inequity, Health Policies
<i>American Journal of Public Health</i>	Social Determinants of Health, Health Services Accessibility, Inequity, Health Policy
<i>American Journal of Epidemiology</i>	Social Determinants of Health

Elegibilidade

Critério de inclusão

Artigos que apresentaram concepções sobre determinantes estruturais no âmbito dos DSS.

As buscas incluíram artigos entre 2005 e 2018, período posterior ao estabelecimento da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Chapman, 2010; Rocha, 2011).

Critério de exclusão

Foram excluídos artigos que apareceram na busca, mas que abordavam doenças específicas, epidemiologia

genética, epidemiologia molecular e descrição de casos clínicos e artigos sem relação com os DSS.

Não houve restrição de idiomas ou de desenhos de estudo para a seleção dos artigos.

Seleção dos artigos

A seleção foi realizada por dois pesquisadores de forma independente.

A triagem inicial contemplou a leitura dos títulos e dos resumos. A segunda etapa da seleção consistiu na leitura integral dos artigos. Os resultados das buscas independentes foram confrontados,

verificando as diferenças dos achados e tendo como prioridade incluir o maior número de estudos possíveis. Um terceiro pesquisador fez a arbitragem sobre as discordâncias.

Metodologia de análise

Depois de definido o número final de artigos, eles foram examinados em profundidade, seus conteúdos foram comparados e os aspectos nos quais se assemelhavam e se diferenciavam foram descritos. A análise avaliou as diversas concepções de determinantes estruturais da saúde e a proposição de subsídios para a formulação de políticas sociais e de saúde. Consensos e controvérsias foram mapeados procurando orientar a proposta de novas pesquisas preocupadas com a elaboração de políticas e programas.

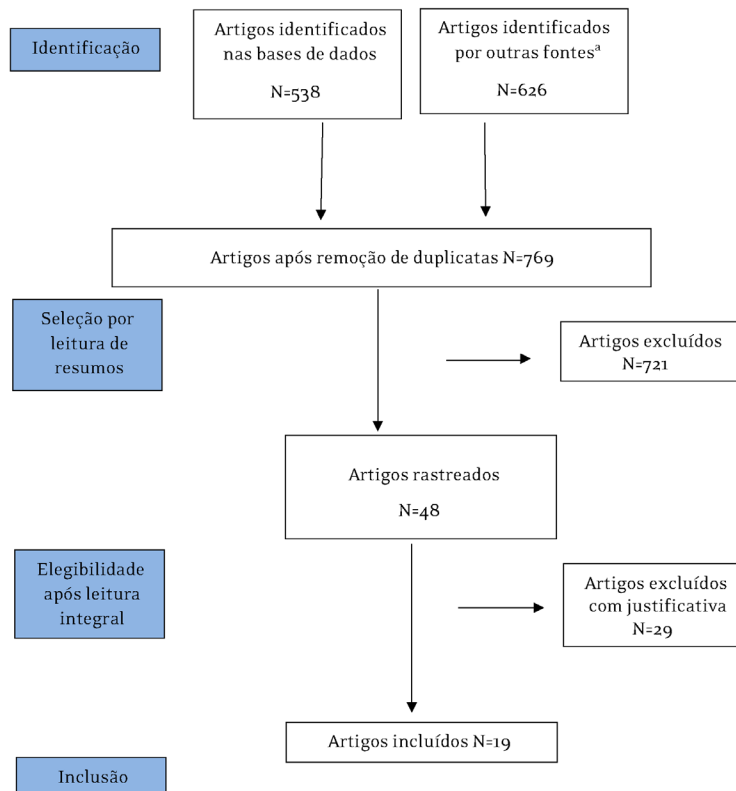
Extração dos dados

Seguindo a recomendação do JBI, foram extraídos: autor(es); ano de publicação; país de origem; base de dados/revista, título e discussão (JBI, 2015). Em conformidade com os objetivos da pesquisa, concepções sobre determinantes estruturais e propostas de políticas de saúde foram também extraídos.

Resultados

As estratégias de busca permitiram identificar 1.164 publicações; retiradas as duplicatas, resultaram 769 (66,06%). Na leitura com a análise dos títulos e resumos, permaneceram 48 (6,2%). Na leitura integral dos textos, 29 artigos foram excluídos. Ao final do processo, permaneceram 19 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama PRISMA com o fluxo da seleção dos artigos



*Revistas: *International Journal of Epidemiology*; *Journal of Epidemiology and Community Health*; *American Journal of Public Health*; e *American Journal of Epidemiology*; e referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Das 19 publicações incluídas, destacaram-se artigos publicados nos Estados Unidos e Inglaterra com seis e quatro publicações respectivamente (31,6% e 21%), seguidos de duas publicações no Canadá (10,5%), duas no Brasil (10,5%), duas na Austrália (10,5%), uma

na Nova Zelândia (5,3%), e uma no México (5,3%). E um artigo foi publicado por dois países, Nova Zelândia e Canadá (5,3%). O quadro 2 apresenta os respectivos autores, ano de publicação, país de origem e fonte de dados informacionais.

Quadro 2 – Artigos selecionados sobre os Determinantes Sociais da Saúde e seus componentes estruturais, segundo autor, ano de publicação, país de origem e fontes informacionais, 2019

Título	Autores	Ano	País da pesquisa	Revista
"Health disparities and health equity: the issue is justice"	Braveman et al.	2011	Estados Unidos	<i>American Journal of Public Health</i>
"Structural racism and health inequities"	Gee; Ford	2011	Estados Unidos	<i>Du Bois Review</i>
"Translating research evidence into practice to reduce health disparities: a social determinants approach"	Koh et al.	2010	Estados Unidos	<i>American Journal of Public Health</i>
"Iconography and commission on the social determinants of health (and health inequity)"	Blakely	2008	Nova Zelândia	<i>Journal of Epidemiology and Community Health</i>
"Promoting health equity in conflict-affected fragile states"	Bornemisza et al.	2010	Inglaterra	<i>Social Science & Medicine</i>
"Sex, race and social role: history and the social determinants of health"	Kunitz	2007	Inglaterra	<i>International Journal of Epidemiology</i>
"Systems of power, axes of inequity: parallels, intersections, braiding the strands"	Jones	2014	Estados Unidos	<i>Medical Care</i>
"'Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing: nursing role in health equity"	Reutter; Kushner	2010	Canadá	<i>Nursing Inquiry</i>
"Health inequity and its social determinants: a sociological commentary"	Schofield	2007	Austrália	<i>Health Sociology Review</i>
"The lived experience of race and its health consequences"	Smedley	2012	Estados Unidos	<i>American Journal of Public Health</i>
"Everyday narratives on race and health in Brazil"	Pagano	2014	Brasil	<i>Medical Anthropology Quarterly</i>
"Ethnic inequalities in limiting health and self-reported health in later life revisited"	Evandrou et al.	2016	Inglaterra	<i>Journal of Epidemiology and Community Health</i>

continua...

Quadro 2 – Continuação

Título	Autores	Ano	País da pesquisa	Revista
"Understanding the micro and macro politics of health: inequalities, intersectionality & institutions: a research agenda"	Gkiouleka et al.	2018	Inglaterra	<i>Social Science & Medicine</i>
"The case for the World Health Organization's commission on social determinants of health to address gender identity"	Pega; Veale	2015	Estados Unidos	<i>American Journal of Public Health</i>
"Divergence or convergence? Health inequalities and policy in a devolved Britain"	Smith et al.	2009	Inglaterra	<i>Critical Social Policy</i>
"Brazil calls for pact on social factors to improve health"	Padilha	2011	Brasil	<i>Bulletin of the World Health Organization</i>
"How to reduce health inequities by targeting social determinants: the role of the health sector in Mexico"	Martínez-Valle; Terrazas; Alvarez	2014	México	<i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>
"Exploring discourses of equity, social justice and social determinants in Australian health care policy and planning documents"	Young; McGrath	2011	Austrália	<i>Australian Journal of Primary Health</i>
"Integrating social theory into public health practice"	Potvin et al.	2005	Estados Unidos	<i>American Journal of Public Health</i>

Os periódicos com maior número de publicações foram o *American Journal of Public Health*, com cinco artigos; o *Journal of Epidemiology and Community Health* e a revista *Social Science & Medicine* com dois artigos cada.

A produção de pesquisas sobre os determinantes estruturais é recente, manifestando-se nos últimos anos e progredindo com o decorrer do tempo, revelando um gradativo interesse pela temática por parte de pesquisadores das áreas de saúde.

Discussão

Apesar de diversos nas suas metodologias, realidades e objetivos, os estudos selecionados na revisão são semelhantes na compreensão de que os

DSS devem embasar a elaboração das políticas de saúde e no planejamento.

A determinação socioeconômica predominou nos artigos aqui selecionados, reforçando o entendimento das iniquidades em saúde como determinadas, predominantemente, pela classe social. Alguns artigos mais recentes, no entanto, apontam a necessidade de adicionar raça e gênero à classe social como recursos conceituais. Outros aspectos são considerados para entender a determinação do processo saúde e doença, por exemplo, nacionalidade, migração, religião, orientação sexual, identidade de gênero, idade, geografia, deficiência, doença e entre outras características associadas à discriminação e marginalização que são apontadas como conceitos a serem considerados na abordagem das desvantagens

e vulnerabilidades sociais (Blakely, 2008; Bornemisza et al., 2010; Braveman et al., 2011; Gee; Ford, 2011; Koh et al., 2010).

A contextualização social, cultural e histórica também foi apontada, ressaltando as diferentes expressões dos determinantes estruturais, seus significados e consequências (Jones, 2014; Kunitz, 2007; Reutter; Kushner, 2010; Schofield, 2007).

Raça

A literatura destaca como o racismo opera não apenas de forma explícita, mas também em mecanismos subliminares que geram efeitos cumulativos e duradouros. O racismo estrutural, cristalizado e internalizado na cultura de um povo, exclui uma parcela da população do acesso à educação, emprego, informação e da mobilidade social ascendente. Já o racismo institucional é resultado de políticas, práticas e procedimentos de instituições que causam efeito negativo no acesso das minorias raciais, como também na qualidade de bens, serviços e oportunidades. Embora a ciência tenha avançado no conhecimento sobre iniquidades em saúde, ela ainda subestima as experiências de racismo (Gee; Ford, 2011).

O contexto sócio-histórico e as especificidades do racismo ao longo da vida remetem à necessidade de um modelo teórico mais abrangente de raça que considere os efeitos cumulativos e interativos das diferentes formas de discriminação.

Dentre as publicações selecionadas, em três constaram dados sobre as desigualdades raciais. No Brasil, pretos e pardos morrem, desproporcionalmente, mais de aids, homicídio, alcoolismo, diabetes, tuberculose etc. As taxas de mortalidade materna das mulheres negras são sete vezes maiores do que as das brancas. A expectativa de vida dos negros brasileiros é de até cinco anos a menos que a dos brancos (Pagano, 2014; Smedley, 2012).

Inglaterra e o País de Gales na década de 2001-2011 testemunharam o aumento na proporção de indivíduos negros e minorias étnicas, alcançado aproximadamente 7,8 milhões de pessoas. Estudos mostram que negros e pessoas de minorias étnicas no Reino Unido geralmente relatam a saúde mais precária do que a população branca. Mesmo controlando o status

socioeconômico, idade, sexo e tempo de permanência no país, as desigualdades étnicas ainda persistiam, apesar da diversidade de países de origem dessa população (Evandrou et al., 2016).

Gênero

O material empírico mostra que mulheres apresentam pior saúde, principalmente saúde mental. Uma realidade paradoxal reflete, por um lado, a situação de mulheres brancas de classe média em países de alta renda tendo alcançado o topo da hierarquia política, financeira e científica. Por outro, observa-se a sobrerrepresentação de mulheres entre as populações pobres, segregadas a trabalhos precários, menos remunerados e regulamentados, em contextos nos quais os papéis de gênero são mais rígidos e onde é prevalente a violência por parceiro íntimo (Gkiouleka et al., 2018).

Os homens em geral têm menor expectativa de vida, no entanto, as desigualdades de gênero estão na base de problemas de grande magnitude e impacto populacional (Braveman et al., 2011).

Identidade de gênero

A identidade de gênero é relatada como negligenciada na discussão dos DSS. Gênero, identidade de gênero e orientação sexual são três categorias diferentes. O conceito de gênero aborda as iniquidades em saúde decorrentes das relações e papéis atribuídos a mulheres e homens. A orientação sexual refere-se à atração sexual. Já identidade de gênero alude ao gênero com que a pessoa se identifica. Dessa forma, pessoas transgêneros, aquelas com identidade diferente do seu sexo biológico, podem ser sexualmente atraídas por pessoas de qualquer gênero (Pega; Veale, 2015).

Embora a identidade de gênero em si não determine a saúde, ela estratifica socialmente a população, e, portanto, pessoas trans estão expostas a fatores de risco advindos da transfobia. As pessoas trans têm maior risco de exposição à violência policial e são mais propensas a serem encarceradas, assim como experimentam taxas mais altas de desabrigo, desemprego, renda mais baixa e sofrimento psicológico (Pega; Veale, 2015).

Migração

Os estudos mostram que migrantes apresentam maior vulnerabilidade por estarem deslocados de sua cultura e de sua rede de apoio, sendo prejudicados quanto ao acesso à assistência médica e seguridade social. Pessoas na condição de refugiadas sofrem pela pobreza e, muitas vezes, por perseguição. Implicações particulares nessa situação estão relacionadas com o escasso acesso aos direitos civis, políticos e humanos; a discriminação, as agressões cotidianas e a crescente xenofobia, causando traumas físicos e psicológicos. Quando a situação de migração é associada ao gênero, a vulnerabilidade é ainda maior. Foi observado que o acesso a direitos de mulheres migrantes, como emprego, assistência médica e seguridade social são frequentemente mediados por um membro masculino da família. Poucos países aplicam políticas equitativas e de acesso para os migrantes e refugiados, o que acentua os problemas de saúde, especialmente de saúde mental (Gkiouleka et al., 2018).

Classe social

Nas pesquisas sobre desigualdades, os aspectos socioeconômicos se sobressaem em relação aos demais determinantes, obscurecendo os múltiplos e complexos sistemas de estratificação. Classe social é relacionada à saúde, na medida em que determina diferentes acessos às oportunidades e aos bens sociais, como moradia, educação, emprego, riqueza e ações de bem-estar, bem como padrões diferenciais de comportamento de estilo de vida (Martínez-Valle; Terrazas; Alvarez, 2014; Padilha, 2011; Smith et al., 2009; Young; McGrath, 2011).

Interseccionalidade

Alguns trabalhos assinalam que, quando raça e gênero são incorporados, ocorre uma justaposição que ignora a inter-relação entre os diversos marcadores sociais da diferença. Desse modo, a interseccionalidade é apresentada como uma abordagem analítica para compreender as desigualdades, integrando conceitualmente a interação entre os determinantes estruturais (Gkiouleka et al., 2018).

A perspectiva da interseccionalidade foi concebida por pensadores e ativistas negros ao considerar desvantagens múltiplas. O racismo, a exploração de gênero e classe e as outras formas de opressão não são independentes umas das outras, elas atuam em planos múltiplos, muitas vezes simultâneos e amplificados. Portanto, na abordagem dos marcadores sociais da diferença, não deve ser dada precedência ou proeminência a nenhum deles na análise (Gkiouleka et al., 2018; Padilha, 2011; Smedley, 2012).

O reconhecimento da interseccionalidade pelas pesquisas em saúde pública, epidemiologia e sociologia reforça o debate metodológico e promove a apropriação dessa perspectiva “como um paradigma transformador dos estudos sobre Determinantes Sociais da Saúde” (Couto et al., 2019, p. 7). Uma das propostas metodológicas é a utilização de testes de interação e análises multinível, abordando a complexa inter-relação entre raça, gênero e classe, bem como com outras formas de opressão (Smedley, 2012). Do mesmo modo, é necessário desenvolver uma teoria de avaliação que promova a compreensão reflexiva de programas de saúde pública engajados na mudança social (Potvin et al., 2005).

Uma agenda para a equidade

De forma sintética, os artigos aqui analisados propõem estratégias que seriam primordiais para o impacto positivo na equidade; o fortalecimento da política pró-equidade e funções de planejamento; a capacitação de prestadores de serviços de saúde; a redução de barreiras de acesso; e a participação dos grupos excluídos.

Na área econômica: (1) redistribuição de renda com transferência de recursos para populações desfavorecidas; (2) aumento do salário mínimo; (3) criação de empregos.

Nas ações intersetoriais: (1) educação; (2) cultura; (3) assistência social; (4) moradia.

Na área jurídica: (1) arcabouço que garanta o respeito aos direitos humanos, especialmente os direitos sociais; (2) criação de marcos legislativos e regulatórios; (3) políticas antidiscriminação de gênero, raça e orientação sexual.

Na saúde: (1) descentralização dos sistemas de saúde; (2) planejamento com o desenvolvimento

de metas e indicadores de avaliação; (3) atuação em áreas carentes; (4) fortalecimento da atenção primária, das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; (5) redução das barreiras de acesso; (6) capacitação de recursos humanos; (7) ações específicas para a população negra; (8) combate ao racismo institucional.

Na participação da população e de usuários: (1) fortalecimento dos mecanismos formais de participação da sociedade; (2) aprimoramento dos canais de comunicação, de forma a dar voz principalmente aos povos marginalizados; (3) defesa da mobilização das comunidades.

Na pesquisa: (1) incremento das análises em saúde que considerem a dimensão social; (2) produção de dados desagregados por raça, gênero, nacionalidade e classe social.

Considerações finais

Os marcadores sociais da diferença são estratificações da sociedade que perpetuam as desigualdades e a segregação. Todo indivíduo deve ter a capacidade de alcançar seu estado de saúde ideal sem distinção de raça; cor da pele; religião; idioma; nacionalidade; recursos socioeconômicos; gênero; orientação sexual; identidade de gênero; incapacidade física, mental ou emocional; ou qualquer outra característica ligada historicamente à discriminação ou à exclusão de oportunidades sociais e políticas.

As perspectivas aqui elencadas, direta ou indiretamente, admitem a saúde como direito e defendem que grupos sociais não deveriam adoecer de forma distinta, se essa diferença puder ser evitada. O aprimoramento de políticas de saúde inclusivas, no entanto, deve considerar as relações de poder e as transformações da saúde em mercadoria como obstáculos e desafios. Os determinantes sociais são mais bem compreendidos quando se reconhece a dialética entre contextos específicos e os macrodeterminantes políticos e econômicos, identificando-se diferentes significados e consequências para a saúde.

Novas pesquisas contribuiriam com a teoria social na crítica da modernidade, articulando coerentemente teoria e prática, e incorporando a compreensão das iniquidades na perspectiva da

sociologia. A produção, análise e interpretação das informações desagregadas pelos marcadores sociais colaborariam para o entendimento dos mecanismos pelos quais as desigualdades em saúde são produzidas.

Referências

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, London, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.

BLAKELY, T. Iconography and commission on the social determinants of health (and health inequity). *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 62, n. 12, p. 1018-1020, 2008.

BORNEMISZA, O. et al. Promoting health equity in conflict-affected fragile states. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 70, n. 1, p. 80-88, 2010.

BRAVEMAN, P. A. et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 101, p. S149-S155, 2011. Suplemento 1.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. Rio de Janeiro, 2013. v. 2, p. 19-38.

CHAPMAN, A. R. The social determinants of health, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*, Boston, v. 12, n. 2, p. 17-30, 2010.

COUTO, M. T. et al. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones

- teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, Remedios de Escalada, v. 15, e1994, 2019.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- DAVIS, K.; DREY, N.; GOULD, D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, v. 46, n. 10, p. 1386-1400, 2009.
- EVANDROU, M. et al. Ethnic inequalities in limiting health and self-reported health in later life revisited. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 70, n. 7, p. 653-662, 2016.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.
- GEE, G. C.; FORD, C. L. Structural racism and health inequities. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, New York, v. 8, n. 1, p. 115-132, 2011.
- GKIOULEKA, A. et al. Understanding the micro and macro politics of health: inequalities, intersectionality & institutions: a research agenda. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 200, p. 92-98, 2018.
- JBI - JOANNA BRIGGS INSTITUTE. *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2015 edition/ supplement*. Adelaide, 2015.
- JONES, C. P. Systems of power, axes of inequity: parallels, intersections, braiding the strands. *Medical Care*, Hagerstown, v. 52, p. S71-S75, 2014. Suplemento 3.
- KOH, H. K. et al. Translating research evidence into practice to reduce health disparities: a social determinants approach. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 100, p. S72-S80, 2010. Suplemento 1.
- KRECH, R. Working on the social determinants of health is central to public health. *Journal of Public Health Policy*, Basingstoke, v. 33, n. 2, p. 279-284, 2012.
- KRIEGER, N. Ladders, pyramids and champagne: the iconography of health inequities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 62, n. 12, p. 1098-1104, 2008.
- KRIEGER, N. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. New York: Oxford University Press, 2011.
- KUNITZ, S. J. Sex, race and social role: history and the social determinants of health. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 36, n. 1, p. 3-10, 2007.
- LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, London, v. 5, art. 69, 2010.
- MARTÍNEZ-VALLE, A.; TERRAZAS, P.; ALVAREZ, F. How to reduce health inequities by targeting social determinants: the role of the health sector in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 35, n. 4, p. 264-269, 2014.
- MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.
- NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M. M. Sensibilidade moral dos enfermeiros avaliada por scoping review. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 22 n. 2, e47162, 2017.
- PADILHA, A. Brazil calls for pact on social factors to improve health. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 89, n. 10, p. 714-715, 2011.
- PAGANO, A. Everyday narratives on race and health in Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*, Washington, DC, v. 28, n. 2 p. 221-241, 2014.
- PEGA, F.; VEALE, J. F. The case for the World Health Organization's commission on social determinants of health to address gender identity. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 105, n. 3, p. e58-e62, 2015.
- PETERS, M. D. J. et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, Sidney, v. 13, n. 3 p. 141-146, 2015.
- POTVIN, L. et al. Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 95, n. 4, p. 591-595, 2005.

REUTTER, L.; KUSHNER, K. E. 'Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing: nursing role in health equity. *Nursing Inquiry*, Melbourne, v. 17, n. 3, p. 269-280, 2010.

ROCHA, J. S. Y. Os determinantes sociais da saúde. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 219-241.

SCHOFIELD, T. Health inequity and its social determinants: a sociological commentary. *Health Sociology Review*, Melbourne, v. 16, n. 2, p. 105-114, 2007.

SMEDLEY, B. D. The lived experience of race and its health consequences. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 102, n. 5, p. 933-935, 2012.

SMITH, K. E. et al. Divergence or convergence? Health inequalities and policy in a devolved Britain. *Critical Social Policy*, Thousand Oaks, v. 29, n. 2, p. 216-242, 2009.

YOUNG, J.; MCGRATH, R. Exploring discourses of equity, social justice and social determinants in Australian health care policy and planning documents. *Australian Journal of Primary Health*, Melbourne, v. 17, n. 4, p. 369-377, 2011.

Contribuição das autoras

Galvão participou da concepção e do desenho. Executou a pesquisa através da coleta, da análise, da interpretação dos dados e da redação do artigo. Oliveira participou da concepção, do desenho, da coleta, da análise e interpretação dos dados e realizou revisão crítica e intelectual do artigo. Germani participou da concepção e do desenho, orientou a metodologia da pesquisa e realizou revisão crítica e intelectual do artigo. Luiz orientou e coordenou a pesquisa, tendo participado da concepção, do desenho, e da revisão crítica e intelectual do artigo. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada e assumem a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, garantindo que a precisão e integridade de todas as partes foram devidamente investigadas e resolvidas.

Recebido: 20/08/2020

Aprovado: 15/12/2020

Apêndice 1 – Detalhes do estudo do modelo Joanna Briggs Institute, características e instrumento de extração de resultados

Título	Determinantes estruturais do processo saúde-doença nas políticas de saúde: uma revisão de escopo.
Objetivos	Explorar e sistematizar o conhecimento a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde e seus componentes estruturais, na abordagem das iniquidades em saúde e na proposição de políticas públicas e sociais de saúde.
Pergunta da revisão	Como os artigos sobre determinantes sociais e seus determinantes estruturais problematizam as iniquidades em saúde para subsidiar as políticas públicas e de saúde?”
Critérios de inclusão e exclusão	
População	População em geral
Conceitos	Determinantes sociais e seus componentes estruturais
Contexto	Políticas públicas de saúde
Tipos de estudo	Estudos científicos qualitativos ou quantitativos que abordassem o tema em questão

Apêndice 2 – Lista de verificação de revisão de escopo (PRISMA-Scr)

Seção/tópico	N	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
TÍTULO			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão de escopo.	1
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado, incluindo referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais.	1
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	1 e 2
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	2
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), caso disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	Não se aplica
Critérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	4, 5 e 6
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.	Quadro 2

Seção/tópico	N	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	4, 5 e 6
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	7 a 9
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	6
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer referências ou simplificações realizadas.	6
Medidas de sumarização	12	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	Não se aplica
Síntese dos resultados	13	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I ²) para cada meta-análise.	6 e 7
RESULTADOS			
Seleção de estudos	14	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente, por meio de gráfico de fluxo.	Figura 2
Características dos estudos	15	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	7 a 10
Risco de viés em cada estudo	16	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	Não se aplica
Resultados de estudos individuais	17	Para todos os resultados considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente, por meio de gráficos de floresta.	10 e 11
Síntese dos resultados	18	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	Não se aplica
Risco de viés entre estudos	19	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	Não se aplica
Análises adicionais	20	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).	Não se aplica
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	21	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	10 a 17
Limitações	22	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, viés de relato).	22
Conclusões	23	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	17 a 21
FINANCIAMENTO			
Financiamento	24	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex.: suprimento de dados) e papel dos financiadores na revisão sistemática.	23