www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 163, 2026 | DOI: 10.69849/mbetjt93

Determinantes sociais da saúde e seus impactos no cuidado: uma abordagem multiprofissional

Social determinants of health and their impacts on care: a multiprofessional approach

Brenna Kurt Reis de Morais Rezende Dante Machado[1]; Saymon Douglas Borba Farias[2]; Vitória Andressa Araújo de Azevedo[3]; Maria Clara Carlos de Freitas[4]; Jacilene Bezerra da Silva[5]; Vivian Colaço da Silva[6]; Fábio Marques da Silva[7]; Graciele Gomes Damasceno[8]; Gabrielly Patrícia do Nascimento[9]; Ana Isabelli Lima dos Santos[10]; Vitória Maiana Ferreira da Silva[11]; Fransuely Carla da Silva[12]; Bruna Alves da Costa[13]

[1]Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher com ênfase em oncologia, Hospital da Mulher, Salvador, BA, Brasil. E-mail: BrennaKurt21@hotmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-6835-2634
[2]Bacharelado em Fisioterapia, Centro Universitário da Vitória de Santo Antão (UNIVISA), Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: saymon.202228011@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-1422-5054
[3]Bacharelado em Enfermagem, Centro Universitário UNIESP, João Pessoa, PB, Brasil. Email: avitoriazevedo@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8435-0865.
[4]Bacharelado em Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Recife, PE, Brasil. E-mail: mariaclaracarlos503@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-00067114-5006.
[5]Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: jacibezerra07@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7826-0693.
[6]Bacharelado em Enfermagem. E-mail: vivian_colaco@hotmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-1365-9880.
[7]Bacharelado em Fisioterapia, Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, PE, Brasil. E-mail: fabiomqss@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-6594-1261.
[8]Bacharelado em Fisioterapia, Centro Universitário Chrisfapi (UNICHrisfapi), Piripiri, PI, Brasil. E-mail: gracl201215@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6098-2585.
[9]Bacharelado em Psicologia, Centro Universitário da Vitória de Santo Antão (UNIVISA), Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: gabriellypatricia26@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-6083-0598.
[10]Bacharelado em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE), Recife, PE, Brasil. E-mail: anaisabellilima3@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0685-5929.
[11]Bacharelado em Odontologia, Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), Recife, PE, Brasil. E-mail: vitoriamaiana02@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-1480-4877.
[12]Bacharelado em Psicologia, Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), Recife, PE, Brasil. E-mail: fransuelycarla25@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1747-6887.
[13]Bacharelado em Odontologia, Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), Recife, PE, Brasil. E-mail: bruna.alvescosta28@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-4347-801X.

RESUMO

Os determinantes sociais da saúde compreendem as condições econômicas, sociais, culturais, ambientais e políticas que influenciam as condições de vida e os processos de saúde e adoecimento da população. Sua compreensão é fundamental para a organização de práticas assistenciais que ultrapassem a perspectiva exclusivamente biológica e considerem as necessidades individuais e coletivas em sua complexidade. Este artigo tem como objetivo analisar os impactos dos determinantes sociais da saúde na qualidade, no acesso e na continuidade do cuidado, destacando a importância da abordagem multiprofissional e da articulação intersetorial para a promoção da equidade. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, fundamentada em literatura científica, documentos institucionais e legislação brasileira relacionada à saúde pública. A análise contempla as relações entre vulnerabilidade social, desigualdades em saúde, organização dos serviços, integralidade assistencial e participação social. Os estudos analisados evidenciam que fatores como renda, escolaridade, moradia, alimentação, saneamento básico, condições de trabalho e acesso aos serviços influenciam as possibilidades de prevenção, tratamento e recuperação da saúde. Além disso, a desconsideração dessas condições pode comprometer a adesão terapêutica, a continuidade assistencial e os resultados das intervenções. Em contrapartida, a atuação multiprofissional articulada, associada ao planejamento territorial, à educação em saúde e à intersetorialidade, favorece respostas mais abrangentes às necessidades da população. Conclui-se que o enfrentamento das desigualdades em saúde requer práticas integradas e políticas públicas comprometidas com a garantia de direitos, fortalecendo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde. Desigualdades em saúde. Cuidado integral. Equidade em saúde. Equipe multiprofissional. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The social determinants of health encompass the economic, social, cultural, environmental, and political conditions that influence people's living conditions and health and illness processes. Understanding these determinants is essential for organizing healthcare practices that go beyond a purely biological perspective and consider individual and collective needs in their complexity. This article aims to analyze the impacts of social determinants of health on the quality, access, and continuity of care, highlighting the importance of a multiprofessional approach and intersectoral collaboration in promoting equity. This is a narrative bibliographic review with a descriptive and qualitative approach, based on scientific literature, institutional documents, and Brazilian legislation related to public health. The analysis addresses the relationships between social vulnerability, health inequalities, healthcare organization, comprehensiveness of care, and social participation. The literature indicates that factors such as

income, education, housing, nutrition, basic sanitation, working conditions, and access to services influence opportunities for disease prevention, treatment, and recovery. Furthermore, failure to consider these conditions may compromise treatment adherence, continuity of care, and intervention outcomes. In contrast, coordinated multiprofessional practice, combined with territorial planning, health education, and intersectoral collaboration, supports more comprehensive responses to population needs. It is concluded that addressing health inequalities requires integrated practices and public policies committed to guaranteeing rights and strengthening the principles of universality, comprehensiveness, and equity within the Brazilian Unified Health System.
Keywords: Social determinants of health. Health inequalities. Comprehensive care. Health equity. Multiprofessional team. Brazilian Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A saúde é compreendida como um fenômeno complexo, influenciado por fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos. Essa perspectiva amplia a compreensão do processo saúde-doença ao reconhecer que as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem interferem diretamente em suas possibilidades de alcançar e manter níveis adequados de saúde. Dessa forma, o adoecimento não pode ser explicado exclusivamente por características individuais, uma vez que as oportunidades de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação também são condicionadas pelo contexto social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os determinantes sociais da saúde (DSS) correspondem às condições de vida e trabalho e aos fatores estruturais que influenciam a distribuição dos recursos, das oportunidades e dos riscos relacionados à saúde. A Organização Mundial da Saúde destaca que as desigualdades na distribuição de poder, renda, recursos e oportunidades contribuem para a produção de diferenças evitáveis e injustas nas condições de saúde entre indivíduos e grupos populacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução dos riscos de doenças e outros agravos e à garantia do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 1988). Complementarmente, a Lei nº 8.080/1990 reconhece que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país e identifica, entre os fatores determinantes e condicionantes da saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a).

Apesar dos avanços na organização das políticas públicas de saúde, persistem desigualdades relacionadas às condições socioeconômicas e às oportunidades de acesso aos serviços. Pessoas em situação de vulnerabilidade podem enfrentar obstáculos para realizar consultas, obter medicamentos, manter tratamentos e participar de ações preventivas. Tais dificuldades demonstram que a existência de serviços disponíveis não garante, isoladamente, acesso efetivo e continuidade assistencial.

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), compreender os determinantes sociais permite identificar mecanismos pelos quais as condições sociais produzem diferentes situações de saúde e contribuem para as iniquidades. Nesse sentido, a promoção da saúde exige intervenções que considerem tanto os comportamentos individuais quanto as condições estruturais que limitam as possibilidades de cuidado.

A abordagem multiprofissional apresenta-se como uma estratégia relevante nesse cenário, pois favorece a integração de diferentes conhecimentos na identificação das necessidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades. A articulação entre diferentes áreas permite ampliar a compreensão dos problemas, compartilhar responsabilidades e construir planos de cuidado compatíveis com a realidade dos usuários, contribuindo para a integralidade da assistência.

Entretanto, a atuação multiprofissional, isoladamente, não é suficiente para superar desigualdades produzidas por fatores estruturais. Sua efetividade depende da organização dos serviços, da disponibilidade de recursos, da comunicação entre os pontos da rede assistencial e da articulação com políticas públicas de educação, assistência social, habitação, saneamento, alimentação e trabalho. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) destaca a importância de ações coordenadas para modificar as condições sociais que produzem iniquidades e promover maior justiça nas oportunidades de saúde.

Diante desse contexto, torna-se necessário analisar de que maneira os determinantes sociais interferem na qualidade do cuidado e como a atuação multiprofissional, articulada à intersetorialidade e à participação social, pode contribuir para práticas assistenciais mais integrais, equitativas e humanizadas.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida com a finalidade de reunir e analisar contribuições científicas e normativas relacionadas aos determinantes sociais da saúde e suas repercussões sobre a organização e a qualidade do cuidado.

A fundamentação teórica contempla o artigo de Buss e Pellegrini Filho (2007), o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), o relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), além de documentos normativos brasileiros relacionados ao direito à saúde, à promoção da saúde e à organização da Atenção Primária à Saúde.

Para orientar a identificação da literatura pertinente, foram definidos os seguintes descritores e termos de busca: “determinantes sociais da saúde”, “desigualdades em saúde”, “equidade em saúde”, “cuidado integral”, “trabalho multiprofissional”, “promoção da saúde” e “Sistema Único de Saúde”. Como fontes de consulta para a realização da revisão, estabelecem-se a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e os portais institucionais de organismos nacionais e internacionais.

Foram definidos como critérios de inclusão a pertinência temática, a contribuição para a compreensão dos determinantes sociais e sua relação com a assistência à saúde, bem como a utilização de documentos oficiais relevantes para o contexto brasileiro. Como critérios de exclusão, consideram-se a duplicidade de publicações e a ausência de relação direta com o objetivo proposto.

A análise temática foi organizada em cinco eixos: determinantes sociais e processo saúde-doença; vulnerabilidade e barreiras de acesso; repercussões sobre a qualidade e a continuidade do cuidado; atuação multiprofissional e integralidade assistencial; e intersetorialidade, participação social e equidade.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica, o estudo não envolve coleta direta de dados com participantes. Ressalta-se que a descrição das bases e dos critérios de busca apresenta o procedimento metodológico proposto, devendo ser complementada com o período efetivamente pesquisado, as estratégias de busca utilizadas e os registros dos estudos selecionados antes da apresentação da revisão como concluída.

3. Revisão da Literatura

3.1 *Determinantes sociais da saúde e o processo saúde-doença*

A compreensão dos determinantes sociais da saúde permite reconhecer que os processos de saúde e adoecimento são influenciados pela interação entre condições individuais e fatores sociais mais amplos. As condições econômicas, a escolaridade, a moradia, o trabalho, o ambiente e as relações sociais interferem nas oportunidades de proteção à saúde, na exposição a riscos e na possibilidade de acesso aos recursos necessários ao cuidado (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) ressalta a importância de compreender as desigualdades como resultado de condições sociais que podem ser modificadas por políticas públicas e ações coletivas. Essa perspectiva contribui para superar interpretações que atribuem exclusivamente aos indivíduos a responsabilidade pelos seus resultados em saúde, desconsiderando as limitações impostas pelas condições de vida.

A renda, por exemplo, influencia a possibilidade de adquirir alimentos adequados, manter condições habitacionais seguras e custear despesas relacionadas ao deslocamento até os serviços. Da mesma forma, a escolaridade pode interferir no acesso à informação, na compreensão das orientações e na capacidade de navegar pelos diferentes pontos da rede assistencial. Entretanto, tais relações não devem ser interpretadas de maneira determinista, uma vez que os efeitos dos determinantes sociais dependem da interação entre fatores individuais, comunitários e estruturais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O relatório da Organização Mundial da Saúde enfatiza que a melhoria das condições de vida cotidiana e o enfrentamento da distribuição desigual de recursos são componentes essenciais para reduzir as iniquidades em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Assim, a promoção da saúde deve contemplar não apenas ações educativas, mas também estratégias capazes de ampliar as oportunidades concretas de acesso a condições favoráveis à saúde.

No contexto brasileiro, essa compreensão encontra respaldo na Lei nº 8.080/1990, que reconhece a influência das condições sociais e econômicas sobre os níveis de saúde da população (BRASIL, 1990a). Consequentemente, a análise dos determinantes sociais deve integrar o planejamento das ações e a avaliação das necessidades individuais e coletivas.

3.2 *Vulnerabilidade social e desigualdades no acesso aos serviços de saúde*

O acesso aos serviços de saúde depende de fatores que ultrapassam a disponibilidade de consultas, exames e procedimentos. Distância geográfica, insuficiência de transporte, dificuldades financeiras, barreiras comunicacionais e incompatibilidade entre horários de atendimento e jornadas de trabalho podem comprometer a utilização dos serviços e a continuidade assistencial.

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), a distribuição desigual dos recursos e das condições sociais contribui para a ocorrência de iniquidades, tornando necessário identificar os mecanismos que produzem diferentes oportunidades de saúde. Essa compreensão permite reconhecer que grupos socialmente vulnerabilizados podem necessitar de estratégias diferenciadas para alcançar condições mais justas de acesso e acompanhamento.

A vulnerabilidade social também pode influenciar a possibilidade de seguir orientações terapêuticas. A dificuldade de adquirir alimentos, a ausência de apoio familiar, a instabilidade

habitacional e a necessidade de priorizar atividades relacionadas à subsistência podem interferir na realização de tratamentos e no comparecimento às consultas. Nessas circunstâncias, interpretar as dificuldades exclusivamente como falta de comprometimento individual pode ocultar os obstáculos concretos enfrentados pelos usuários.

A Constituição Federal de 1988 estabelece o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde como parte do direito à saúde (BRASIL, 1988). A Lei nº 8.080/1990 também prevê a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990a). A efetivação desses princípios exige que os serviços reconheçam as barreiras de acesso e desenvolvam respostas compatíveis com as necessidades da população.

Nesse sentido, a equidade pressupõe considerar que diferentes grupos podem apresentar necessidades distintas e demandar recursos e estratégias específicas. O acolhimento, a comunicação acessível, a identificação de vulnerabilidades e a articulação com os recursos disponíveis no território podem contribuir para reduzir obstáculos e favorecer a continuidade do cuidado.

3.3 ***Repercussões dos determinantes sociais na qualidade e na continuidade do cuidado***

A qualidade do cuidado não depende exclusivamente da capacidade técnica dos serviços, mas também de sua organização e de sua capacidade de responder às condições reais de vida dos usuários. A desconsideração dos determinantes sociais pode comprometer a efetividade das intervenções, especialmente quando as orientações são formuladas sem considerar as possibilidades materiais e sociais de sua execução.

A Organização Mundial da Saúde destaca que as desigualdades sociais influenciam as oportunidades de alcançar melhores condições de saúde e contribuem para diferenças evitáveis nos resultados entre grupos populacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No âmbito assistencial, isso significa que pessoas com necessidades clínicas semelhantes podem enfrentar condições muito diferentes para obter diagnóstico, realizar tratamento e manter acompanhamento.

As dificuldades de deslocamento, a indisponibilidade de apoio para atividades cotidianas e a insuficiência de recursos financeiros podem interferir na continuidade terapêutica. Da mesma forma, a falta de comunicação entre os serviços pode dificultar o acesso oportuno a avaliações complementares, encaminhamentos e intervenções necessárias.

A fragmentação assistencial constitui outro desafio importante. Quando os serviços atuam de maneira desarticulada, podem ocorrer atrasos, repetição de procedimentos e perda de informações relevantes para a condução do cuidado. A integralidade, princípio previsto na Lei nº 8.080/1990, pressupõe um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e

curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a).

Dessa maneira, a avaliação da qualidade assistencial deve considerar a capacidade de garantir acesso oportuno, continuidade do acompanhamento, comunicação efetiva e respostas compatíveis com as necessidades dos usuários. O reconhecimento dos determinantes sociais permite compreender que a efetividade do cuidado também depende de condições organizacionais e sociais que favoreçam sua realização.

3.4 *Abordagem multiprofissional e integralidade da assistência*

A complexidade dos determinantes sociais da saúde exige uma abordagem capaz de integrar diferentes conhecimentos e perspectivas. A atuação multiprofissional contribui para ampliar a compreensão das necessidades dos indivíduos e das comunidades, considerando dimensões clínicas, funcionais, psicológicas, sociais, culturais e ambientais.

A integralidade da assistência, prevista na legislação brasileira, requer a articulação de ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, evitando que as necessidades dos usuários sejam reduzidas a intervenções isoladas (BRASIL, 1990a). Nessa perspectiva, o trabalho multiprofissional favorece a identificação de demandas que podem não ser suficientemente compreendidas quando analisadas sob uma única perspectiva.

A efetividade dessa atuação depende da comunicação entre os integrantes da equipe, do compartilhamento de informações pertinentes e da construção de objetivos comuns. A simples presença de diferentes profissionais não garante, por si só, a integração das práticas. É necessário desenvolver processos de trabalho colaborativos, com responsabilidades definidas e planejamento orientado pelas necessidades dos usuários.

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece diretrizes para a organização dos serviços no âmbito do SUS, valorizando a integralidade e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2017). Esses elementos são relevantes para a articulação entre diferentes pontos de atenção e para a construção de respostas que considerem tanto as necessidades clínicas quanto as condições sociais que influenciam o acompanhamento.

O planejamento compartilhado permite, por exemplo, identificar barreiras relacionadas ao transporte, à alimentação, à compreensão das orientações e à ausência de redes de apoio. A partir dessa avaliação, podem ser construídas estratégias compatíveis com as necessidades e possibilidades dos usuários, incluindo encaminhamentos, ações educativas e articulação com recursos comunitários.

Assim, a abordagem multiprofissional deve ser compreendida como um recurso organizacional para integrar conhecimentos, ampliar a capacidade de resposta dos serviços e

fortalecer o cuidado centrado na pessoa. Sua contribuição para a equidade depende, contudo, de condições institucionais adequadas e da articulação com outras políticas públicas.

4. CONCLUSÃO

A revisão da literatura e dos documentos normativos evidencia que os determinantes sociais da saúde exercem influência importante sobre os processos de saúde e adoecimento, interferindo no acesso aos serviços, na continuidade assistencial e nas possibilidades de prevenção, tratamento e recuperação. Condições relacionadas à renda, à escolaridade, à moradia, à alimentação, ao trabalho e às redes de apoio demonstram que as necessidades de saúde devem ser compreendidas para além dos aspectos biológicos e individuais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Nesse contexto, a abordagem multiprofissional contribui para ampliar a compreensão das necessidades dos usuários e favorecer a construção de respostas assistenciais integradas. A comunicação entre diferentes áreas, o planejamento compartilhado e a participação dos indivíduos nas decisões relacionadas ao cuidado podem fortalecer a integralidade e reduzir a fragmentação das práticas.

A Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na identificação das necessidades do território e na coordenação do acompanhamento, mas o enfrentamento das desigualdades exige articulação com os demais pontos da rede e com políticas públicas de outros setores (BRASIL, 2017). A intersetorialidade e a participação social são fundamentais para reconhecer problemas estruturais e construir estratégias que respondam às necessidades coletivas.

Conclui-se que a promoção da equidade depende do reconhecimento das desigualdades, da redução de barreiras evitáveis e da organização de práticas comprometidas com os direitos sociais e com os princípios do SUS. Recomenda-se que estudos futuros investiguem estratégias de incorporação dos determinantes sociais aos processos de trabalho multiprofissionais, considerando seus efeitos sobre o acesso, a continuidade do cuidado, a experiência dos usuários e os resultados em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703. Acesso em: 29 out. 2026.