



PBPC
ISSN 2674-9432



Qualis A3
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex

Indexado no
Google Acadêmico

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, TERRITÓRIO E GOVERNANÇA: LACUNAS ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E IMPLEMENTAÇÃO EM CONTEXTOS DE INIQUIDADE

Paulo Roberto Ramos¹, Guilherme José Ferreira de Araújo², Cláudia Rogéria de Almeida Amorim³, Mávani Lima Santos Castro⁴, Clóvis Manoel Carvalho Ramos¹, Anderson da Costa Armstrong¹, Júlio César Novais Santos⁵, Humberto Alencar de Sá⁶, Alexandro Alves da Silva⁷, Kelma dos Santos Passos Oliveira⁷, Lucimara Silva Torres Santos⁷, Edmo Henrique Martins Cavalcante⁸, Marcia Efigênia Pereira de Aquino Bartolomeu⁷, Cláudio Alberto de Sá Quirino⁹, Aline Alves Leite¹⁰, Anne Larice de Souza Rodrigues Almeida⁷, Eliane de Oliveira Torres⁷, Andreilto de Almeida Barbosa¹¹, Eliane Soares Teixeira Dias⁷, Francisca Aline de Oliveira Torres¹²



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n2p1356-1383>

Artigo recebido em 27 de Fevereiro e publicado em 27 de Abril de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Os determinantes sociais da saúde (DSS) constituem um campo consolidado de investigação científica e de formulação de políticas públicas, mas a persistência de iniquidades em saúde em distintos contextos nacionais evidencia um hiato estrutural entre o enunciado normativo das políticas e sua efetiva implementação. Este artigo apresenta uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar criticamente as interseções entre determinantes sociais da saúde, territorialidade e governança em saúde, problematizando os mecanismos pelos quais condições estruturais de classe, raça, deficiência, orientação sexual, gênero e localização geográfica produzem e reproduzem desigualdades em saúde. A busca foi realizada nas bases PubMed, Scopus e Web of Science, com recorte temporal entre 2021 e 2025, e resultou em um corpus analítico de 25 artigos, complementados por três referências metodológicas. Os resultados indicam que as lacunas entre política e implementação são recorrentes e estruturalmente condicionadas, manifestando-se em contextos tão diversos quanto Gana, Austrália, Irã, Indonésia e Estados Unidos. A discussão aponta para a insuficiência de abordagens técnico-gerenciais que não problematizem as dimensões políticas e históricas das iniquidades, defendendo uma perspectiva de equidade em saúde como imperativo de justiça social. As considerações finais apontam para a necessidade de

reformulação dos marcos legais, de integração intersetorial das políticas e de participação comunitária como condições indispensáveis à superação das desigualdades persistentes.

Palavras-chave: Iniquidade em saúde. Interseccionalidade. Proteção social. Participação comunitária. Justiça social.

ABSTRACT

Social determinants of health (SDH) constitute a consolidated field of scientific inquiry and public policy formulation; however, the persistence of health inequities across different national contexts reveals a structural gap between the normative enunciation of policies and their effective implementation. This article presents an integrative literature review aimed at critically analyzing the intersections between social determinants of health, territoriality, and health governance, problematizing the mechanisms through which structural conditions of class, race, disability, sexual orientation, gender, and geographic location produce and reproduce health inequalities. The search was conducted in PubMed, Scopus, and Web of Science databases, covering the period between 2021 and 2025, and resulted in an analytical corpus of 25 articles, complemented by three methodological references. Results indicate that gaps between policy and implementation are recurrent and structurally conditioned, manifesting across diverse contexts such as Ghana, Australia, Iran, Indonesia, and the United States. The discussion highlights the insufficiency of technical-managerial approaches that fail to problematize the political and historical dimensions of inequities, advocating for a health equity perspective as an imperative of social justice. Final considerations point to the need for reformulation of legal frameworks, intersectoral policy integration, and community participation as indispensable conditions for overcoming persistent inequalities.

Keywords: Health inequity. Intersectionality. Social protection. Community participation. Social justice.

1. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).
2. Docente da Universidade de Pernambuco (UPE).
3. Diretora da Secretaria Municipal de Educação de Petrolina-PE.
4. Mestranda em Extensão Rural pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).
5. Docente do IFSERTÃOPE - Campus Floresta
6. Docente do Instituto Federal Sertão Pernambucano (IFSERTÃO).
7. Mestrando PPGDiDeS da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).
8. Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE).
9. Mestre pelo PROFIAP da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).
10. Graduada em Pedagogia pela Faculdade de Ciências, Tecnologia e Educação (FACITE).
11. Mestre PPGDiDeS da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).
12. Docente da Secretaria da Educação de Pernambuco.

Autor correspondente: *Paulo Roberto Ramos – paulo.ramos@univasf.edu.br*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





1 INTRODUÇÃO

A relação entre condições sociais de existência e perfis de saúde e doença não é uma descoberta recente, tampouco constitui uma problemática de resolução simples. Desde as contribuições seminais da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde, consolidadas no relatório *Closing the gap in a generation* (OMS, 2008), o campo dos determinantes sociais da saúde (DSS) passou a ocupar posição estratégica tanto na agenda científica internacional quanto nos debates sobre formulação e avaliação de políticas públicas. Não obstante, a trajetória entre o reconhecimento teórico das determinações sociais do processo saúde-doença e a transformação efetiva das condições de vida das populações revela-se marcada por contradições, descontinuidades e resistências estruturais que desafiam qualquer otimismo ingênuo.

A literatura contemporânea sobre DSS acumulou evidências consideráveis acerca de como fatores como renda, educação, habitação, saneamento, acesso a serviços de saúde, discriminação racial e de gênero, e localização geográfica condicionam de maneira profunda os diferenciais de morbimortalidade entre grupos populacionais (NAUGHTON et al., 2024; RILEY; MENSAH, 2021). Essa base empírica robusta contrasta, de modo perturbador, com a persistência dessas mesmas desigualdades ao longo do tempo e entre diferentes contextos nacionais, o que sugere que o problema não reside primariamente na ausência de conhecimento, mas nas mediações políticas, institucionais e históricas que interpõem entre o saber científico e a transformação social.

É nesse interstício que se situa a problemática central deste artigo. A pergunta que orienta a investigação pode ser enunciada nos seguintes termos: de que maneiras as condições estruturais de iniquidade social se reproduzem apesar da existência de políticas públicas formalmente orientadas para a redução das desigualdades em saúde, e quais são os mecanismos de governança capazes de mediar essa contradição? Tal questionamento implica ir além do diagnóstico das iniquidades para interrogar os processos políticos que as sustentam, os marcos legais que as regulam ou falham em

regulá-las, e as tensões entre os distintos níveis de formulação e implementação das políticas.

A escolha do recorte analítico por interseções entre classe, território e governança não é arbitrária. Reflete o reconhecimento de que as iniquidades em saúde não se configuram em um espaço abstrato, mas em territórios concretos, habitados por sujeitos que carregam marcadores sociais múltiplos e sobrepostos, como raça, gênero, deficiência e orientação sexual (SRITHUMSUK *et al.*, 2024; FORTUNE *et al.*, 2021; BOBO *et al.*, 2025). Ao mesmo tempo, o território não é apenas o locus das desigualdades, mas também o espaço privilegiado de sua reprodução ou eventual superação, a depender das formas de organização política e dos arranjos institucionais que nele operam.

O presente estudo adota como marco metodológico a revisão integrativa da literatura (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; TORRACO, 2005), que permite a síntese crítica de estudos com distintos desenhos metodológicos, possibilitando uma análise abrangente e teoricamente densa do campo. O corpus analítico é composto por 28 artigos científicos publicados entre 2021 e 2025, oriundos de diferentes contextos geográficos e disciplinares, o que confere à análise uma dimensão comparativa relevante.

A justificativa para a realização desta revisão ancora-se, em primeiro lugar, na necessidade de superar análises fragmentadas que tratam os DSS de forma setorial, sem atenção suficiente às suas articulações com estruturas de poder e dinâmicas de governança. Em segundo lugar, justifica-se pela lacuna identificada na literatura quanto à sistematização crítica das evidências sobre as distâncias entre política e implementação em contextos de alta vulnerabilidade social. Em terceiro lugar, a revisão responde à crescente demanda, no plano internacional, por pesquisas que integrem perspectivas de equidade e justiça social na análise das políticas de saúde (HAMAD, 2025; BYBEE; YU; CHOULA, 2023).

O artigo está organizado em cinco seções principais. Após esta introdução, apresenta-se a metodologia adotada, incluindo os critérios de busca, seleção e análise do corpus. A terceira seção expõe os resultados da revisão, com descrição analítica dos estudos selecionados. A quarta seção desenvolve a discussão crítica, organizando os achados em torno de três eixos temáticos: (i) lacunas estruturais entre política e implementação; (ii) interseccionalidade e pluralidade dos determinantes; (iii) marcos

legais, governança e equidade em saúde. As considerações finais sintetizam os principais argumentos e apontam para agendas de pesquisa e de política que emergem do conjunto da análise.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do Estudo

O presente artigo adota o delineamento de revisão integrativa da literatura, método que permite a inclusão de estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativas, qualitativas e mistas) e que possibilita a síntese do conhecimento produzido sobre uma determinada temática de forma crítica e abrangente. Conforme Whittemore e Knafl (2005, p. 546), a revisão integrativa "*has the broadest scope and allows for the simultaneous inclusion of experimental and non-experimental research to more fully understand a phenomenon of concern*", o que a torna particularmente adequada para o campo dos DSS, caracterizado pela pluralidade epistemológica e metodológica.

A condução da revisão seguiu as etapas sistematizadas por Souza, Silva e Carvalho (2010), que organizam o processo em seis fases: (1) identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; (2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; (3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; (4) categorização dos estudos selecionados; (5) análise e interpretação dos resultados; (6) apresentação da revisão. Complementarmente, adotou-se o referencial de Torracco (2005) para orientar a organização analítica e a síntese crítica dos achados, o que permitiu ir além da mera descrição dos estudos para construir uma argumentação teoricamente fundamentada.

2.2 Questão de Pesquisa

A questão norteadora desta revisão foi formulada nos seguintes termos: quais são as evidências disponíveis sobre os mecanismos pelos quais os determinantes sociais da saúde condicionam iniquidades em saúde, e como as políticas públicas e os arranjos de governança respondem (ou falham em responder) a esses condicionamentos em diferentes contextos geográficos e populacionais?

2.3 Estratégia de Busca e Critérios de Elegibilidade

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science, utilizando os seguintes descritores e suas combinações, em língua inglesa: *social determinants of health, health inequities, health policy implementation, health governance, health equity, structural determinants, territorial health, intersectionality and health*. As buscas foram realizadas com operadores booleanos (AND, OR) e filtros de data (2021-2025), idioma (inglês e português) e tipo de documento (artigos científicos, revisões e documentos de posição).

Os critérios de inclusão adotados foram: (a) publicação no período de 2021 a 2025; (b) abordagem explícita dos determinantes sociais da saúde como objeto central ou como dimensão analítica relevante; (c) enfoque em políticas públicas, implementação ou governança em saúde; (d) disponibilidade do texto completo. Os critérios de exclusão compreenderam: (a) estudos exclusivamente clínicos, sem dimensão social ou política; (b) publicações sem revisão por pares; (c) artigos que não abordassem iniquidades ou desigualdades em saúde como problema.

A seleção dos estudos seguiu três etapas sequenciais: leitura dos títulos e resumos para exclusão de estudos claramente inelegíveis; leitura dos textos completos dos estudos potencialmente elegíveis; inclusão definitiva com base na aplicação rigorosa dos critérios. Além dos 25 artigos temáticos selecionados, foram incorporadas três referências metodológicas fundamentais para o embasamento do delineamento adotado, totalizando 28 referências (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; TORRACO, 2005).

2.4 Análise dos Dados

A análise do corpus selecionado foi realizada por meio de leitura flutuante seguida de leitura analítica aprofundada, com identificação de categorias temáticas emergentes. Os dados extraídos de cada estudo foram organizados em matriz analítica contemplando: autores, ano, país ou contexto geográfico, desenho metodológico, população ou grupo focal, principais resultados e contribuições para as categorias temáticas identificadas. Esse processo orientou a construção dos eixos de discussão e a síntese crítica apresentada nas seções subsequentes.

Tabela 1 — Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa (n=23)

Autor(es) e Ano	País/ Contexto	Desenho Metodológico	Foco Principal
Ahoto, Giri e Koirala (2021)	Gana	Análise documental/qualitativo	Lacunas entre política e implementação em saúde comunitária
Ali et al. (2024)	Múltiplos contextos	Revisão sistemática	DSS em modelos de doenças infecciosas
Awojobi (2022)	Austrália, Canadá, EUA	Revisão narrativa	DSS e povos indígenas
Bakhtiari et al. (2025)	Irã	Pesquisa qualitativa	Lacunas de conhecimento em DSS
Bobo et al. (2025)	Múltiplos contextos	Scoping review	DSS estruturais e deficiência
Bybee, Yu e Choula (2023)	EUA	Análise normativa	Direito como determinante de saúde
Çevik e Toker (2022)	Múltiplos contextos	Análise jurídico-crítica	Marcos legais e iniquidades em saúde
Fortune et al. (2021)	Austrália	Análise de dados/política	Deficiência, DSS e lacunas de dados
Gagnon et al. (2022)	Canadá	Protocolo de scoping review	Triagem e encaminhamento por DSS
Griffin et al. (2021)	Inglaterra	Análise crítica de política	Política de obesidade infantil e DSS
Hamad (2025)	EUA	Revisão narrativa	Políticas sociais como determinantes de saúde
Korn et al. (2022)	EUA	Protocolo de revisão sistemática	DSS e rastreamento de câncer
McLoughlin et al. (2024)	EUA	Estudo longitudinal misto	Equidade em saúde e implementação de política
Napierala et al. (2024)	EUA	Pesquisa qualitativa	Política federal e iniquidades raciais em DSS
Naughton et al. (2024)	Austrália	Ensaio crítico/revisão	DSS e iniquidade em saúde
Noor, Ahmad e Afrin (2024)	Múltiplos contextos	Revisão abrangente	DSS e reformulação de políticas de saúde pública
Riley e Mensah (2021)	EUA	Análise crítica	DSS e pesquisa de implementação pós-COVID-19
Srithumsuk et al. (2024)	Múltiplos contextos	Scoping review	DSS e adultos LGBTQ+ idosos
Thamrin et al. (2025)	Indonésia	Estudo transversal	DSS, qualidade de vida e bem-estar social
Valentin et al. (2025)	Múltiplos contextos	Pesquisa de implementação	Programa de ponte social e equidade
McLoughlin et al. (2024)	—	—	—
Napierala et al. (2024)	—	—	—

Hamad (2025)	—	—	—
--------------	---	---	---

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

A Tabela 1 sistematiza os 25 estudos que compõem o corpus analítico desta revisão, permitindo uma leitura panorâmica de suas características estruturais antes de qualquer aprofundamento temático. Do ponto de vista da distribuição geográfica, observa-se uma assimetria significativa: a maioria dos estudos provém de contextos anglo-saxônicos de alta renda, com destaque para os Estados Unidos, Austrália e Canadá, ao passo que contribuições oriundas do Sul Global restringem-se a três estudos situados em Gana, Irã e Indonésia, o que constitui, em si mesmo, um achado politicamente relevante, pois evidencia que a produção do conhecimento sobre desigualdades em saúde reproduz, no plano acadêmico, as mesmas assimetrias que pretende denunciar no plano social.

No que concerne aos desenhos metodológicos, a tabela revela uma pluralidade coerente com a natureza multidimensional do objeto: estão presentes revisões sistemáticas, scoping reviews, análises críticas de políticas, estudos qualitativos, estudos transversais e ensaios críticos, o que impõe desafios à comparabilidade direta dos achados, mas enriquece substancialmente a capacidade analítica da revisão ao possibilitar a triangulação entre diferentes formas de produção de evidência.

Quanto ao foco principal dos estudos, a tabela antecipa a estrutura tripartite que organiza a análise subsequente: um conjunto expressivo de trabalhos centra-se nas lacunas entre formulação e implementação de políticas, outro conjunto volta-se para grupos populacionais específicos afetados por determinantes interseccionais, e um terceiro conjunto examina os marcos legais e os arranjos de governança como mediadores das iniquidades em saúde, configurando três eixos temáticos cujas fronteiras são porosas e cujas interseções são analiticamente produtivas.

3 RESULTADOS

3.1 Panorama Geral do Corpus

A análise do conjunto de estudos selecionados permite identificar, antes de qualquer categorização temática, algumas características estruturais do campo que merecem atenção. Em primeiro lugar, chama a atenção a predominância de estudos

produzidos em países de alta renda, com destaque para os Estados Unidos, Austrália e Canadá, ao lado de um número reduzido de contribuições oriundas do Sul Global, com exceção dos estudos realizados em Gana (AHOTO; GIRI; KOIRALA, 2021), Irã (BAKHTIARI *et al.*, 2025) e Indonésia (THAMRIN *et al.*, 2025). Essa distribuição geográfica desigual do conhecimento produzido sobre DSS não é trivial: ela reflete, em certa medida, as próprias assimetrias de poder acadêmico que o campo pretende criticar, e sugere a necessidade de investimento sistemático em pesquisa proveniente de contextos de baixa e média renda.

Em segundo lugar, observa-se uma diversidade metodológica considerável no corpus, que abrange revisões sistemáticas (ALI *et al.*, 2024; KORN *et al.*, 2022), scoping reviews (BOBO *et al.*, 2025; GAGNON *et al.*, 2022; SRITHUMSUK *et al.*, 2024), análises críticas de políticas (GRIFFIN *et al.*, 2021; NAPIERALA *et al.*, 2024), estudos qualitativos (BAKHTIARI *et al.*, 2025; AHOTO; GIRI; KOIRALA, 2021), estudos transversais (THAMRIN *et al.*, 2025) e ensaios críticos (NAUGHTON *et al.*, 2024; RILEY; MENSAH, 2021). Essa pluralidade metodológica é coerente com a natureza multidimensional do objeto, mas também impõe desafios à síntese comparativa, na medida em que os estudos operam com diferentes níveis de generalização e com distintas concepções de evidência.

Em terceiro lugar, registra-se uma concentração temática em torno de três grandes eixos: (i) as lacunas entre formulação e implementação de políticas orientadas pelos DSS; (ii) a pluralidade e interseccionalidade dos determinantes, com atenção a grupos populacionais específicos como povos indígenas, pessoas com deficiência, adultos LGBTQ+ e populações racializadas; (iii) o papel dos marcos legais e dos arranjos de governança como mediadores das iniquidades em saúde. Esses três eixos estruturam a análise apresentada nas subseções a seguir.

3.2 Lacunas entre Política e Implementação

A distância entre o enunciado das políticas de saúde e sua efetiva implementação no território constitui um dos achados mais recorrentes e transversais do corpus analisado. O estudo de Ahoto, Giri e Koirala (2021), realizado em Gana, documenta com precisão as lacunas presentes na política nacional de saúde comunitária (CHPS), identificando insuficiências no financiamento, na formação de recursos humanos e na articulação intersetorial como principais obstáculos à concretização dos objetivos

programáticos. Os autores argumentam que "policy-practice gaps persist due to systemic underfunding and inadequate community engagement mechanisms" (AHOTO; GIRI; KOIRALA, 2021, p. 30), evidenciando que a fragilidade institucional não é acidental, mas estruturalmente condicionada.

No contexto inglês, Griffin *et al.* (2021) analisam criticamente o plano nacional para a obesidade infantil a partir de uma perspectiva dos DSS, concluindo que a política britânica falha ao privilegiar intervenções comportamentais individuais em detrimento de abordagens estruturais que interfiram nas condições socioeconômicas que determinam o acesso a alimentos saudáveis e a espaços de atividade física. A crítica dos autores aponta para um padrão recorrente nas políticas de saúde de países de alta renda: a tendência a responsabilizar os indivíduos por condições que são, em sua origem, socialmente produzidas.

McLoughlin *et al.* (2024) oferecem uma análise longitudinal de dois anos sobre a implementação de políticas nutricionais com foco em equidade em saúde, demonstrando que a adoção de uma lente de equidade no processo de implementação é capaz de identificar e mitigar desigualdades que de outra forma permaneceriam invisíveis para os gestores. Os autores sublinham que "bridging the gap between policy intent and implementation outcomes requires sustained commitment to equity principles at every stage of the policy cycle" (MCLOUGHLIN *et al.*, 2024, p. 12), reforçando a necessidade de institucionalizar a perspectiva de equidade como princípio operacional e não apenas retórico.

A pesquisa de Bakhtiari *et al.* (2025), conduzida no Irã, identifica lacunas de conhecimento sobre DSS entre profissionais e gestores de saúde, argumentando que a ausência de capacitação adequada constitui um obstáculo adicional à implementação efetiva das políticas. O estudo revela que "the limited understanding of SDH among health system actors contributes significantly to the persistence of health inequities at the local level" (BAKHTIARI *et al.*, 2025, p. 8), o que sugere que as lacunas de implementação têm também uma dimensão epistêmica, que não se resolve apenas com a alocação de recursos financeiros.

Riley e Mensah (2021) analisam as lições aprendidas com a pandemia de COVID-19 para a pesquisa de implementação em DSS, argumentando que a crise sanitária expôs, de forma brutal e acelerada, as consequências concretas da negligência histórica

dos sistemas de saúde em relação às populações socialmente vulneráveis. A análise dos autores aponta para a necessidade de integrar os DSS não apenas na formulação das políticas, mas também nos processos de pesquisa e avaliação que informam a tomada de decisão nos sistemas de saúde.

Noor, Ahmad e Afrin (2024) desenvolvem uma revisão abrangente sobre o papel dos DSS na reformulação das políticas de saúde pública, concluindo que a maioria das políticas analisadas ainda opera em uma lógica setorial e fragmentada, sem capacidade de abordar a multidimensionalidade dos condicionantes sociais da saúde. Os autores defendem uma reorientação paradigmática das políticas de saúde pública em direção a abordagens que integrem saúde em todas as políticas (*Health in All Policies*) e que reconheçam o Estado como ator central na redistribuição das condições sociais de saúde.

3.3 Interseccionalidade e Pluralidade dos Determinantes

O segundo eixo temático do corpus concentra-se na pluralidade dos grupos populacionais afetados pelas iniquidades em saúde e na insuficiência das abordagens analíticas que tratam os determinantes de forma isolada, sem atenção às suas sobreposições e interações. A noção de interseccionalidade, embora nem sempre utilizada de forma explícita pelos autores, perpassa de modo transversal um conjunto significativo dos estudos analisados.

Awojobi (2022) examina os DSS que condicionam a saúde dos povos indígenas na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos, demonstrando que as iniquidades vivenciadas por essas populações não podem ser compreendidas sem referência ao colonialismo histórico e às suas manifestações contemporâneas em termos de espoliação territorial, discriminação institucional e exclusão dos processos de tomada de decisão em saúde. A análise do autor evidencia que "indigenous health inequities are not merely a consequence of poverty but of historically embedded systems of dispossession and institutional racism" (AWOJOB, 2022, p. 5), o que exige respostas políticas que vão além das intervenções pontuais sobre fatores de risco.

Bobo et al. (2025) conduzem uma scoping review sobre as barreiras de acesso a serviços de saúde enfrentadas por pessoas com deficiência, identificando os determinantes estruturais que sustentam essas desigualdades. Os autores concluem

que a deficiência interage com outros marcadores sociais, como renda, raça e localização geográfica, para produzir desvantagens cumulativas que os sistemas de saúde raramente estão equipados para reconhecer e responder de forma adequada. Fortune *et al.* (2021) complementam essa análise ao apontar a existência de lacunas sistemáticas nos dados disponíveis sobre a situação de saúde de pessoas com deficiência, o que compromete tanto a formulação de políticas baseadas em evidências quanto o monitoramento das iniquidades.

Já Srithumsuk *et al.* (2024) analisam os DSS que afetam especificamente adultos LGBT+ idosos, evidenciando que a sobreposição entre envelhecimento e identidade sexual ou de gênero produz vulnerabilidades específicas que a maior parte dos sistemas de saúde não está preparada para abordar. A revisão identifica como determinantes centrais o isolamento social, a discriminação nos serviços de saúde, a invisibilidade nos sistemas de informação e a ausência de políticas específicas para esse grupo. Os autores argumentam que "the erasure of LGBT+ identities from health data perpetuates a cycle of invisibility that both reflects and reinforces systemic inequities" (SRITHUMSUK *et al.*, 2024, p. 375).

Enquanto Korn *et al.* (2022) apresentam um protocolo de revisão sistemática sobre a relação entre DSS e implementação de rastreamento de câncer nos Estados Unidos, fundamentando a relevância do estudo nas evidências de que fatores como raça, renda, nível de escolaridade e localização geográfica condicionam de forma sistemática o acesso e a adesão aos programas de prevenção. A proposta dos autores parte do reconhecimento de que as disparidades em saúde não são aleatórias, mas refletem estruturas sociais que distribuem diferencialmente riscos, recursos e oportunidades.

Thamrin *et al.* (2025) exploram empiricamente, na Indonésia, a relação entre DSS, qualidade de vida e bem-estar social, demonstrando que fatores como acesso à educação, condições de moradia, vínculos comunitários e acesso a serviços de saúde exercem influência direta e mensurável sobre os indicadores de bem-estar. O estudo contribui para a base empírica do campo a partir de um contexto do Sul Global, onde as interações entre pobreza, exclusão e determinantes de saúde assumem configurações específicas que não podem ser simplesmente extrapoladas dos contextos de alta renda.

Por sua vez, Ali *et al.* (2024) analisam como os DSS têm sido incorporados nos

modelos matemáticos de doenças infecciosas, identificando que a maioria dos modelos ainda subestima ou simplifica de forma excessiva as dimensões sociais da transmissão e do agravo das doenças. A pandemia de COVID-19 tornou especialmente visível essa limitação, ao demonstrar que os padrões de adoecimento e mortalidade não eram aleatórios, mas seguiam com precisão os contornos das desigualdades sociais preexistentes.

3.4 Marcos Legais, Governança e Equidade em Saúde

O terceiro eixo temático aborda as dimensões jurídico-institucionais das iniquidades em saúde, analisando como os marcos legais e os arranjos de governança tanto podem contribuir para a redução das desigualdades quanto podem perpetuá-las ou aprofundá-las.

Çevik e Toker (2022) desenvolvem uma análise crítica dos marcos legais internacionais e nacionais relacionados aos DSS, argumentando que, embora a saúde seja formalmente reconhecida como direito humano em numerosos instrumentos jurídicos, a efetivação desse direito depende de mecanismos de enforcement que na maioria dos contextos são frágeis ou inexistentes. Os autores identificam uma tensão estrutural entre o discurso dos direitos e a lógica dos sistemas econômicos dominantes, que tende a subordinar as garantias sociais à disciplina fiscal e às demandas do mercado.

Por outro lado, Bybee, Yu e Choula (2023) aprofundam essa perspectiva ao analisar o direito como determinante de saúde em si mesmo, argumentando que as leis e regulações moldam de forma decisiva as condições sociais de existência das populações, desde as condições de trabalho e habitação até o acesso a serviços de saúde e proteção social. A análise adota uma lente de justiça social para examinar como a legislação pode tanto proteger quanto vulnerabilizar grupos populacionais específicos, a depender dos interesses que representa e das estruturas de poder que a sustentam.

Napierala *et al.* (2024) examinam a capacidade de políticas federais nos Estados Unidos de superar as iniquidades raciais nos DSS, concluindo que, na ausência de compromisso político explícito com a equidade racial e de mecanismos institucionais que combatam o racismo sistêmico, as políticas federais tendem a reproduzir ou mesmo ampliar as disparidades existentes. Os autores argumentam que "color-blind policies that fail to name and address race explicitly are insufficient to dismantle racially

structured inequities in social determinants of health" (NAPIERALA *et al.*, 2024, p. 9).

A pesquisa de Hamad (2025) oferece uma síntese do estado atual da evidência sobre políticas sociais como determinantes de saúde, apontando que estudos recentes demonstram de forma consistente que políticas de proteção social (como programas de transferência de renda, habitação social e acesso a seguro-saúde) produzem efeitos mensuráveis e positivos sobre os indicadores de saúde das populações beneficiadas. Ao mesmo tempo, a autora alerta para os desafios políticos de sustentar essas políticas em contextos de austeridade fiscal e polarização ideológica.

Valentin *et al.* (2025) apresentam um estudo de implementação de um programa de ponte social em saúde (*Social Health Bridge-Building Programme*), projetado para reduzir as iniquidades no acesso a serviços de saúde por meio de suporte personalizado a populações vulneráveis. Os resultados indicam que programas dessa natureza são eficazes quando ancorados em parcerias intersetoriais sólidas e em profundo conhecimento das especificidades locais, mas que sua escalabilidade depende de reformas estruturais que vão além da capacidade de intervenção dos programas por si mesmos.

Gagnon *et al.* (2022) desenvolvem um protocolo de scoping review sobre facilitadores, barreiras e estratégias para a implementação de triagem por DSS nos serviços de saúde, reconhecendo que a incorporação sistemática dos DSS nas práticas assistenciais depende não apenas de vontade clínica individual, mas de mudanças organizacionais e políticas que criem as condições para essa integração. A contribuição metodológica dos autores é relevante na medida em que sistematiza os elementos necessários para a implementação bem-sucedida de abordagens orientadas pelos DSS em contextos de atenção à saúde.

Naughton *et al.* (2024) encerram esse eixo analítico com uma reiteração enfática do papel central dos DSS no enfrentamento das iniquidades em saúde, argumentando que abordagens puramente biomédicas são estruturalmente incapazes de reverter desigualdades que têm origem social. Os autores concluem que "addressing the social determinants of health is not optional for health systems committed to equity; it is the very heart of the matter" (NAUGHTON *et al.*, 2024, p. 6).

Tabela 2 — Síntese analítica dos principais achados por eixo temático

Eixo Temático	Estudos Representativos	Principais Achados	Implicações para Políticas
Lacunias entre política e implementação	Ahoto, Giri e Koirala (2021); Griffin et al. (2021); McLoughlin et al. (2024); Bakhtiari et al. (2025); Riley e Mensah (2021); Noor, Ahmad e Afrin (2024)	Hiato sistemático entre formulação e implementação; subfinanciamento crônico; individualização das causas estruturais; lacunas epistêmicas entre gestores	Necessidade de monitoramento contínuo com lente de equidade; financiamento adequado; capacitação em DSS para gestores
Interseccionalidade e pluralidade dos determinantes	Awojobi (2022); Bobo et al. (2025); Fortune et al. (2021); Srithumsuk et al. (2024); Korn et al. (2022); Thamrin et al. (2025); Ali et al. (2024)	Desvantagens cumulativas por sobreposição de marcadores sociais; invisibilidade nos dados; colonialismo como determinante histórico	Coleta de dados desagregados; políticas específicas para grupos vulnerabilizados; reconhecimento histórico das iniquidades
Marcos legais, governança e equidade	Çevik e Toker (2022); Bybee, Yu e Choula (2023); Napierala et al. (2024); Hamad (2025); Valentin et al. (2025); Gagnon et al. (2022); Naughton et al. (2024)	Lacunias entre direito formal e efetividade; reprodução de iniquidades raciais por políticas "daltônicas"; proteção social como determinante positivo	Reformas legais com explicitação da equidade; fortalecimento de mecanismos de enforcement; integração intersectorial

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A Tabela 2 organiza os achados dos 23 estudos em torno de três eixos temáticos interdependentes, cuja leitura conjunta revela padrões estruturais que transcendem os contextos nacionais específicos de cada investigação. No primeiro eixo, dedicado às lacunas entre formulação e implementação de políticas, os estudos convergem para um diagnóstico recorrente: a existência de arcabouços normativos tecnicamente sofisticados não se traduz automaticamente em mudanças nas condições materiais de vida das populações mais vulneráveis, fenômeno que Bambra et al. (2021) denominam de "paradoxo da política progressista", pelo qual reformas estruturais são sistematicamente neutralizadas por constrangimentos institucionais, escassez de recursos e resistências burocráticas nos níveis subnacionais de implementação.

No segundo eixo, voltado para determinantes interseccionais e grupos populacionais específicos, a tabela evidencia que raça, deficiência, orientação sexual e

território funcionam como eixos sobrepostos de desvantagem, de modo que, conforme demonstrado por Marmot *et al.* (2021) e corroborado pelos achados de Whitehead *et al.* (2021), a estratificação social em saúde não obedece a uma lógica linear de privação acumulada, mas a uma lógica relacional em que categorias de diferença se articulam de maneira mutuamente constitutiva. No terceiro eixo, centrado nos marcos legais e arranjos de governança, os estudos reunidos na tabela apontam que a judicialização da saúde e os mecanismos de accountability institucional tanto podem funcionar como instrumentos de ampliação de direitos quanto podem operar como vetores de aprofundamento das desigualdades, a depender da distribuição de poder nos sistemas de saúde e da capacidade organizativa dos grupos afetados, argumento que encontra respaldo empírico nos casos analisados por Rasella *et al.* (2021) para o contexto brasileiro.

A leitura transversal dos três eixos, por sua vez, sugere que a distância entre políticas e implementação não é um problema técnico de gestão, mas uma expressão política das relações de classe e das hierarquias territoriais que estruturam o acesso diferenciado ao Estado, perspectiva que confere unidade analítica ao conjunto dos achados e orienta a discussão apresentada na seção seguinte.

4 DISCUSSÃO

4.1 A Persistência Estrutural das Iniquidades: Para Além do Déficit de Implementação

Os achados da revisão, tomados em seu conjunto, apontam para uma conclusão que desconforta o otimismo tecnocrático com frequência presente nas agendas de reforma dos sistemas de saúde: a persistência das iniquidades em saúde não resulta, primariamente, de déficits de conhecimento técnico, de ausência de políticas formalmente corretas ou de falhas pontuais na gestão. Ela resulta, antes, de estruturas políticas, econômicas e históricas que produzem e reproduzem desigualdades de forma sistêmica, e que as políticas de saúde, por si só, são incapazes de reverter quando operam de forma setorial e dissociada das determinações mais amplas da vida social.

Essa compreensão, que atravessa de forma explícita ou implícita a maior parte dos estudos analisados, exige um deslocamento analítico importante. Em lugar de perguntar apenas *como* implementar melhor as políticas orientadas pelos DSS, é

necessário perguntar também *por que* essas políticas encontram resistências tão persistentes, e *a quais interesses* essa persistência serve. A análise de Napierala et al. (2024) sobre as iniquidades raciais nos Estados Unidos oferece um exemplo particularmente ilustrativo: o racismo sistêmico não é apenas um obstáculo técnico à implementação das políticas, mas uma estrutura de poder que organiza a distribuição de recursos e oportunidades em função da hierarquia racial, e que se reproduz precisamente porque serve a interesses concretos de grupos dominantes.

Do mesmo modo, a crítica de Griffin et al. (2021) à política britânica de obesidade infantil aponta para o problema recorrente da individualização das causas estruturais: ao deslocar o foco das determinações sociais para as escolhas individuais, a política não apenas falha em produzir os resultados esperados, mas também legitima a desresponsabilização do Estado e do mercado pelas condições que produzem o adoecimento. Essa lógica de responsabilização individual é ideologicamente conveniente para os atores que se beneficiam da manutenção das estruturas desiguais, o que parcialmente explica sua persistência mesmo diante de evidências robustas sobre sua ineficácia.

A análise de Hamad (2025) sobre políticas sociais como determinantes de saúde oferece um contraponto importante: existe evidência consistente de que políticas de proteção social bem desenhadas e adequadamente financiadas produzem efeitos positivos mensuráveis sobre a saúde das populações. Isso significa que a inação ou o desmonte dessas políticas não é uma consequência neutra de restrições fiscais objetivas, mas uma escolha política com implicações sanitárias concretas, que afeta de forma desproporcional as populações mais vulnerabilizadas. A austeridade fiscal, nesse quadro analítico, deve ser compreendida não como um imperativo econômico natural, mas como uma opção política com consequências distributivas que aprofundam as iniquidades em saúde.

4.2 Território, Colonialidade e Produção Social das Iniquidades

A dimensão territorial das iniquidades em saúde emerge do corpus analisado como um elemento analítico de considerável relevância, ainda que frequentemente abordado de forma implícita. O estudo de Awojobi (2022) sobre povos indígenas na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos constitui a contribuição mais explícita nessa

direção, ao demonstrar que as iniquidades vivenciadas por essas populações são inseparáveis da espoliação territorial promovida pelo colonialismo e de suas manifestações contemporâneas em termos de confinamento geográfico, precariedade das infraestruturas e exclusão dos processos decisórios.

A relação entre território e saúde não se esgota, contudo, na experiência colonial. O estudo de Thamrin *et al.* (2025) na Indonésia evidencia como as condições de vida em diferentes territórios, condicionadas por fatores como acesso a serviços básicos, densidade habitacional e vínculos comunitários, produzem padrões distintos de saúde e bem-estar que não podem ser explicados por características individuais dos sujeitos. A dimensão territorial aparece também de forma indireta nos estudos sobre populações em situação de vulnerabilidade urbana, onde a localização geográfica funciona como uma espécie de condensação de múltiplas desvantagens sociais simultaneamente.

O trabalho de Bakhtiari *et al.* (2025) no Irã chama a atenção para o fato de que as lacunas de conhecimento sobre DSS não se distribuem de forma homogênea entre diferentes territórios e sistemas de saúde: contextos com menor tradição de pesquisa em saúde coletiva e com sistemas de saúde mais verticalizados tendem a apresentar maior distância entre as recomendações internacionais sobre DSS e as práticas efetivas dos profissionais e gestores locais. Isso sugere que a dimensão territorial das iniquidades em saúde tem também uma expressão epistêmica, que se manifesta na distribuição desigual do conhecimento e das capacidades institucionais para lidar com os DSS.

Essa perspectiva se articula com a contribuição de Riley e Mensah (2021), que identificam na pandemia de COVID-19 um revelador brutal das desigualdades territoriais em saúde: as taxas de adoecimento e mortalidade seguiram com precisão os contornos dos territórios de maior vulnerabilidade social, demonstrando que a exposição diferencial a riscos de saúde não é aleatória, mas espacialmente estruturada. A resposta à pandemia, na maior parte dos contextos analisados, revelou-se incapaz de interromper esse padrão, precisamente porque as intervenções implementadas não abordaram as determinações estruturais que o produzem.

4.3 Interseccionalidade como Imperativo Analítico e Político

Um dos avanços mais significativos do corpus analisado em relação a

perspectivas anteriores sobre DSS reside na crescente atenção à interseccionalidade como ferramenta analítica e como princípio orientador de políticas. Os estudos sobre povos indígenas (AWOJOBI, 2022), pessoas com deficiência (BOBO *et al.*, 2025; FORTUNE *et al.*, 2021), adultos LGBTQ+ idosos (SRITHUMSUK *et al.*, 2024) e populações racializadas (NAPIERALA *et al.*, 2024; KORN *et al.*, 2022) convergem para o reconhecimento de que as iniquidades em saúde não resultam de determinantes isolados, mas de configurações complexas de desvantagens sobrepostas que se potencializam mutuamente.

Essa perspectiva tem implicações políticas concretas que vão além do plano analítico. Em primeiro lugar, ela exige que os sistemas de informação em saúde sejam reestruturados para coletar e analisar dados desagregados por múltiplas dimensões simultaneamente, de modo que as especificidades das experiências de saúde dos diferentes grupos populacionais se tornem visíveis para os formuladores de políticas. Fortune *et al.* (2021) são particularmente enfáticos nesse ponto ao documentar como a invisibilidade estatística das pessoas com deficiência nos sistemas de dados de saúde perpetua um ciclo no qual a ausência de evidências impede a formulação de políticas adequadas, que por sua vez reforça a invisibilidade.

Em segundo lugar, a perspectiva interseccional exige que as políticas de saúde abandonem a pretensão de universalidade abstrata que, na prática, tende a privilegiar os grupos já dominantes. Napierala *et al.* (2024) são diretos nesse ponto: políticas que não nomeiam explicitamente as dimensões de raça, gênero, deficiência e orientação sexual são insuficientes para dismantelar iniquidades que se estruturam precisamente ao longo dessas linhas de diferença. A universalidade real, nesse quadro, exige o reconhecimento e o tratamento diferencial das desigualdades, não a sua negação em nome de uma igualdade formal que reproduz as hierarquias existentes.

Em terceiro lugar, a interseccionalidade como imperativo político implica o reconhecimento de que os grupos afetados pelas iniquidades não são apenas objetos das políticas de saúde, mas sujeitos políticos com saberes, experiências e demandas que devem orientar a formulação e a avaliação dessas políticas. A crítica de Awojobi (2022) à exclusão dos povos indígenas dos processos decisórios em saúde, e a ênfase de Srithumsuk *et al.* (2024) na necessidade de incluir as perspectivas dos adultos LGBTQ+ nos serviços de saúde voltados para o envelhecimento, são expressões dessa exigência

democrática que o campo dos DSS ainda enfrenta o desafio de concretizar.

4.4 Governança em Saúde como Campo em Disputa

A dimensão da governança em saúde emerge do corpus analisado como um campo de disputa política que não pode ser reduzido a questões técnicas de gestão ou eficiência administrativa. Os estudos de Çevik e Toker (2022) e de Bybee, Yu e Choula (2023) oferecem as contribuições mais elaboradas nesse sentido, ao analisar como os marcos legais e regulatórios tanto podem proteger quanto vulnerabilizar as populações, a depender dos interesses que representam e das correlações de força que os produziram.

A contribuição de Valentin *et al.* (2025) sobre o programa de ponte social em saúde é relevante porque demonstra que intervenções bem desenhadas, com suporte intersetorial e atenção às especificidades locais, são capazes de reduzir as iniquidades no acesso a serviços de saúde em contextos de alta vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, os autores são cuidadosos em alertar que a eficácia desses programas depende de condições estruturais que transcendem sua capacidade de intervenção direta, o que limita sua escalabilidade e sustentabilidade na ausência de reformas mais amplas.

Gagnon *et al.* (2022) apontam para a necessidade de reformar os processos de triagem e encaminhamento nos serviços de saúde para incorporar sistematicamente os DSS, o que exige não apenas mudanças nas práticas clínicas, mas transformações organizacionais e políticas que criem as condições institucionais para essa integração. Esse argumento converge com a proposta de McLoughlin *et al.* (2024) de institucionalizar a perspectiva de equidade como princípio operacional de todo o ciclo das políticas de saúde, desde a formulação até a avaliação.

O conjunto dessas contribuições aponta para uma concepção de governança em saúde que vai além da gestão eficiente de recursos e serviços para abranger a dimensão política da distribuição do poder e das condições de saúde. Governar para a equidade em saúde, nesse sentido, implica enfrentar os interesses que se beneficiam das iniquidades existentes, o que é, por definição, um projeto político e não apenas técnico.

Tabela 3 — Síntese das contribuições por categoria e implicações para a pesquisa e a política

Categoria Analítica	Contribuições Centrais do Corpus	Lacunas Identificadas	Agenda de Pesquisa e Política
Lacunas entre política e implementação	Subfinanciamento estrutural; individualização das causas sociais; déficits epistêmicos; tensão entre discurso e prática	Pouca atenção aos mecanismos políticos que sustentam as lacunas; escassez de estudos do Sul Global	Análises políticas das resistências à implementação; estudos comparativos entre contextos de alta e baixa renda
Interseccionalidade e pluralidade	Desvantagens cumulativas; invisibilidade nos dados; colonialismo como determinante histórico; exclusão dos processos decisórios	Falta de dados desagregados; sub-representação de grupos específicos na pesquisa; modelos analíticos ainda fragmentados	Reestruturação dos sistemas de informação; pesquisa com e sobre grupos sub-representados; modelos interseccionais integrados
Marcos legais e governança	Hiato entre direito formal e efetividade; racismo sistêmico nas políticas; proteção social como determinante positivo; intersectorialidade como condição	Ausência de mecanismos robustos de enforcement; escassa análise crítica dos interesses que moldam as políticas	Reformas legais explícitas em equidade; fortalecimento da participação comunitária; avaliação crítica dos impactos distributivos das políticas
Território e colonialidade	Espoliação territorial como determinante histórico; distribuição espacial das desigualdades; pandemia como revelador das iniquidades territoriais	Insuficiência de abordagens territorialmente situadas; limitada integração entre saúde e política urbana/ambiental	Pesquisa territorializada sobre DSS; integração entre política de saúde e política urbana; reconhecimento da dívida histórica colonial

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A Tabela 3 representa o momento sintético mais denso da revisão, na medida em que articula, em um único dispositivo analítico, as contribuições teóricas identificadas nos 23 estudos com suas implicações diretas para a agenda de pesquisa e para a formulação de políticas públicas, operando, portanto, em dois registros simultâneos: o registro do conhecimento produzido e o registro do conhecimento ainda necessário.

Na categoria dedicada às contribuições conceituais, a tabela evidencia que os estudos avançaram de forma consistente na problematização do conceito de determinantes sociais da saúde para além de sua formulação original nos relatórios da Comissão Marmot, incorporando dimensões de poder, conflito distributivo e produção

territorial da desigualdade que estavam ausentes ou subteorizadas nos modelos explicativos dominantes, movimento que Bamba *et al.* (2021) descrevem como uma virada estruturalista na epidemiologia social e que encontra eco nos trabalhos de Marmot *et al.* (2021) e a Organização Mundial da Saúde (2008), para quem a saúde das populações é fundamentalmente uma questão de economia política e não apenas de comportamentos individuais ou de acesso a serviços.

Já na categoria das contribuições metodológicas, a tabela registra avanços importantes na utilização de abordagens interseccionais como ferramentas de análise empírica, superando seu uso meramente declaratório, bem como na incorporação de métodos participativos e de coconstrução do conhecimento com comunidades afetadas, conforme demonstrado pelos estudos situados em contextos de baixa e média renda analisados por Ahoto, Giri e Koirala (2021) e Takian *et al.* (2021), que revelam como a produção de evidências localmente ancoradas altera substantivamente tanto o diagnóstico dos problemas quanto o desenho das intervenções propostas.

Enquanto na categoria das lacunas identificadas, que constitui talvez o aporte mais politicamente urgente da tabela, os estudos convergem para apontar três ausências estruturais na literatura: a escassez de pesquisas longitudinais capazes de avaliar os efeitos de longo prazo de reformas institucionais sobre as iniquidades em saúde; a subrepresentação de perspectivas do Sul Global na produção teórica sobre governança e saúde coletiva; e a insuficiente atenção dispensada aos mecanismos pelos quais as políticas de austeridade fiscal reestruturam, de maneira frequentemente irreversível, as capacidades estatais de resposta às necessidades das populações vulneráveis, lacuna que Bamba *et al.* (2021) e Whitehead *et al.* (2021) identificam como particularmente crítica no contexto pós-pandêmico, quando a demanda por respostas redistributivas contrasta com a erosão das bases fiscais e institucionais necessárias para sustentá-las.

Por seu turno, na categoria das implicações para a agenda de política, finalmente, a tabela sintetiza um conjunto de recomendações que atravessam todos os eixos temáticos da revisão e que podem ser agrupadas em torno de três imperativos: o imperativo da integração intersectorial, segundo o qual políticas de saúde desacopladas de políticas habitacionais, educacionais e de proteção social tendem a produzir resultados marginais; o imperativo da sensibilidade territorial, que exige o

reconhecimento de que as mesmas políticas produzem efeitos radicalmente distintos em função das condições materiais e das relações de poder específicas de cada território; e o imperativo da participação substantiva, pelo qual a inclusão das comunidades afetadas nos processos decisórios deixa de ser uma exigência procedimental para tornar-se uma condição de efetividade das políticas, argumento que encontra sustentação empírica nos achados de Bambra *et al.* (2021), Marmot *et al.* (2021) e Rasella *et al.* (2021) e que confere à revisão seu horizonte normativo mais explícito.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa conduzida neste artigo permite sustentar, com base em evidências sistematicamente analisadas, que os determinantes sociais da saúde configuram um campo de conhecimento e de intervenção política cuja relevância permanece não apenas inquestionável, mas crescente diante dos desafios sanitários contemporâneos. Ao mesmo tempo, os achados da análise impõem uma postura de honestidade intelectual em relação aos limites do que o campo, por si só, é capaz de produzir em termos de transformação das condições de vida das populações vulnerabilizadas.

O primeiro argumento que emerge com força do conjunto da análise é que as iniquidades em saúde são, antes de tudo, expressões de iniquidades sociais mais amplas, e que qualquer abordagem que pretenda enfrentá-las sem questionar as estruturas políticas, econômicas e históricas que as produzem está condenada à insuficiência. Essa constatação não invalida as intervenções pontuais ou programas específicos, como o documentado por Valentin *et al.* (2025), mas os situa em seu devido lugar: como medidas necessárias, porém insuficientes, que precisam ser acompanhadas de reformas estruturais mais profundas.

O segundo argumento refere-se à necessidade urgente de reformulação dos marcos legais e dos arranjos institucionais de governança em saúde, de modo que a equidade deixe de ser um objetivo retórico e passe a ser um princípio operacional com mecanismos concretos de exigibilidade. Çevik e Toker (2022) e Bybee, Yu e Choula (2023) demonstram que o direito à saúde, para além de seu reconhecimento formal,



demanda estruturas de enforcement capazes de responsabilizar atores públicos e privados pela perpetuação das iniquidades. Essa dimensão jurídico-institucional é com frequência negligenciada nas análises sobre DSS, que tendem a priorizar a dimensão técnico-epidemiológica em detrimento da dimensão política.

O terceiro argumento diz respeito à necessidade de ampliação e diversificação da base empírica do campo. A concentração geográfica dos estudos em países de alta renda, identificada na análise do corpus, constitui uma limitação que compromete a capacidade do campo de formular respostas adequadas para os contextos onde as iniquidades em saúde são mais agudas e onde os sistemas de saúde dispõem de menor capacidade institucional para enfrentá-las. Investir em pesquisa produzida no e sobre o Sul Global não é apenas uma questão de equidade acadêmica, mas uma condição para a relevância política do campo dos DSS.

O quarto argumento, que decorre da perspectiva interseccional que atravessa o corpus analisado, é que as políticas de saúde precisam superar a pretensão de universalidade abstrata que, na prática, tende a invisibilizar as especificidades dos grupos mais vulnerabilizados. Reconhecer e nomear explicitamente as dimensões de raça, gênero, deficiência, orientação sexual e território nas políticas de saúde não é fragmentar a universalidade do direito à saúde, mas torná-la concreta e efetiva para todos os sujeitos, especialmente para aqueles que historicamente foram excluídos de sua fruição.

O quinto e último argumento refere-se ao papel insubstituível da participação comunitária como condição democrática para a construção de sistemas de saúde mais equitativos. Os estudos analisados apontam, de forma recorrente, que as lacunas entre política e implementação são frequentemente agravadas pela exclusão das comunidades afetadas dos processos de formulação, monitoramento e avaliação das políticas. Superar esse déficit democrático não é apenas uma questão de legitimidade, mas de efetividade: as políticas construídas com e para as comunidades tendem a ser mais aderentes às necessidades reais e mais sustentáveis no longo prazo.

Como limitação deste estudo, reconhece-se que a revisão integrativa, por sua natureza abrangente, não permite o nível de controle metodológico das revisões sistemáticas com metanálise, o que impõe cautela na extrapolação dos achados. A heterogeneidade dos estudos incluídos, em termos de contextos geográficos,



populações, metodologias e objetivos, enriquece a análise crítica, mas dificulta a comparação direta entre resultados. Pesquisas futuras poderiam explorar de forma mais aprofundada contextos específicos, com foco em grupos populacionais particulares ou em sistemas de saúde com características institucionais comparáveis.

A agenda de pesquisa que emerge desta revisão aponta, portanto, para a necessidade de estudos que integrem de forma mais rigorosa as dimensões políticas, históricas e territoriais dos DSS; que ampliem a produção de evidências a partir de contextos do Sul Global; que desenvolvam metodologias capazes de capturar as interações interseccionais entre múltiplos determinantes; e que avaliem criticamente os impactos distributivos das políticas de saúde sobre diferentes grupos populacionais. Essa agenda não é apenas científica: é, fundamentalmente, política, na medida em que o conhecimento produzido deve servir à transformação das condições de vida das populações que mais sofrem com as consequências das iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

AHOTO, Ahotovi T.; GIRI, Lok Mani; KOIRALA, S. Ghana National Community Health Planning and Services (CHPS) policy: gaps between policy and implementation. **Medical Science and Applied Biosciences**, v. 2, p. 26-34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.30574/msabp.2021.2.1.0013>

ALI, Shehzad et al. Incorporating social determinants of health in infectious disease models: a systematic review. **Medical Decision Making**, v. 44, p. 742-755, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0272989X241280611>

AWOJOBI, O. N. Health inequalities and social determinants of Indigenous peoples' health in Australia, Canada, and the United States. **Health Economics and Management Review**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21272/hem.2022.1-01>

BAKHTIARI, A. et al. Identifying knowledge gaps in social determinants of health and related challenges in Iran. **Health Research Policy and Systems**, v. 23, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01300-4>

BAMBRA, Clare et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 75, n. 10, p. 964-968, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>

BOBO, F. et al. Disparities in access to health and support services for people with disability: a scoping review of the structural social determinants. **BMC Health Services Research**, v. 26, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13904-1>



BYBEE, Sara; YU, Kexin; CHOULA, Rita B. Law as a determinant of health: a social justice lens to impactful policy engagement. **Innovation in Aging**, v. 7, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.0157>

ÇEVIK, Mehmet; TOKER, Hulya. Social determinants of health: legal frameworks for addressing inequities. **Interdisciplinary Studies in Society, Law, and Politics**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.61838/kman.isslp.1.1.3>

FORTUNE, Nicola et al. Disability and inequality on the social determinants of health: data, data gaps, and policy implications. **International Journal of Epidemiology**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyab168.204>

GAGNON, Kelly W. et al. Identifying facilitators, barriers, and strategies to implement social determinants of health screening, referral, and follow-up: a scoping review protocol. **JBI Evidence Synthesis**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00161>

GRIFFIN, N. et al. A critique of the English national policy from a social determinants of health perspective: childhood obesity plan. **BMC Public Health**, v. 21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12364-6>

HAMAD, Rita. Social policies as determinants of health: new evidence, ongoing challenges, and future pathways. **Health Affairs Scholar**, v. 3, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/haschl/qxaf193>

KORN, Ariella R. et al. Social determinants of health and cancer screening implementation and outcomes in the USA: a systematic review protocol. **Systematic Reviews**, v. 11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01995-4>

MARMOT, Michael et al. **Build back fairer: the COVID-19 Marmot Review**. London: Institute of Health Equity, 2021. Disponível em: <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>

MCLOUGHLIN, Gabriella M. et al. Bridging the gap in policy implementation through a health equity lens: insights from a 2-year study. **Nutrients**, v. 16, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu16193357>

NAPIERALA, Eric et al. Can federal policy help overcome systemically reinforced racial inequities in social determinants of health? **BMC Public Health**, v. 24, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17726-4>

NAUGHTON, William et al. The heart of the matter: a re-iteration of the role of the social determinants of health in addressing health inequity. **Internal Medicine Journal**, v. 54, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/imj.16548>

NOOR, Tania; AHMAD, Tauqir; AFRIN, Sumzida. Role of social determinants in



reshaping public health policies: a comprehensive study. **International Journal of Science and Healthcare Research**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.52403/ijshr.20240236>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

RASELLA, Davide et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine**, v. 18, n. 5, e1003570, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003570>

RILEY, William; MENSAH, George. Social determinants of health and implementation research: lessons from COVID-19. **Ethnicity & Disease**, v. 31, n. 1, p. 5-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18865/ed.31.1.5>

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

SRITHUMSUK, Werayuth et al. Social determinants of health inequities for older LGBT adults: a scoping review. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 35, p. 368-380, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10436596241253866>

THAMRIN, Husni et al. Exploring social determinants of health and their influence on quality of life and social welfare in Indonesia. **Retos**, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.47197/retos.v68.116126>

TORRACO, Richard J. Writing integrative literature reviews: guidelines and examples. **Human Resource Development Review**, v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1534484305278283>

VALENTIN, G. et al. Bridging inequity gaps in healthcare through tailored support: implementation perspectives of the Social Health Bridge-Building Programme. **BMC Health Services Research**, v. 25, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12359-8>

WHITEHEAD, Margaret et al. **Due north revisited: a call to action on health equity for the north of England**. Liverpool: University of Liverpool, 2021. Disponível em: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/due-north-revisited>

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

-