

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM CONCEITO PARA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Rafael Policarpo Fagundes Badziak¹
Victor Eduardo Viana Moura²

RESUMO

Este artigo busca discutir os conceitos de saúde, bem como aspectos do direito à saúde e seus determinantes sociais, a partir da revisão e análise de trabalhos sobre o tema, anexados em bases de dados especializadas na área de saúde, justificando-se no fato de que a compreensão dessas definições é fundamental para elaboração e execução de políticas de saúde pública efetivas. Somente pensando a saúde de forma positiva e holística, resultante de vários fatores integrados, é que é possível intervir, de forma eficaz, no processo saúde-doença e garantir o direito à saúde a todos, tal qual está previsto na Constituição.

Palavras-chave: Determinantes Sociais; Políticas Públicas; Direito à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Políticas de saúde pública efetivas constituem o único meio de assegurar à população o acesso à saúde e, por conseguinte, minimizar as iniquidades sociais em saúde. No entanto, somente tomando-se a saúde como um direito de todos, situada dentro de um contexto amplo, influenciada por inúmeros determinantes sociais, será possível elaborar e executar tais políticas.

Com base nisso, faz-se indispensável compreender o que a saúde significa e representa dentro de uma sociedade antes de elaborar uma política que vise alcançá-la. Em suma, não se pode querer atingir a saúde desconhecendo-a. Da mesma forma, é incoerente tentar que todos tenham direito à saúde, sem discutir o que constitui tal direito.

Sabe-se também que a saúde é um direito interligado a vários outros: educação, lazer e segurança, por exemplo. Por isso, caso outras políticas públicas não estiverem em conjunto com as políticas públicas de saúde, a saúde jamais será um objetivo conquistado. Sendo assim, o estudo dos fatores sociais que interferem, positiva ou negativamente, na saúde, faz-se

¹ Graduação em Medicina da Universidade Católica de Brasília. E-mail: rafagnds@yahoo.com.br

² Graduação em Turismo pelo Instituto de Educação Superior de Brasília. E-mail: vverbena@hotmail.com

imprescindível. Trata-se, portanto, de uma pesquisa teórica, com o objetivo de dissecar fatores essenciais ao alcance da saúde como direito de todo e qualquer cidadão. Fundamentou-se metodologicamente na hermenêutica dialética. Foi realizada busca de artigos científicos, na literatura nacional e internacional, através das bases de dados MEDLINE e LILACS, no período de 2000 a 2008. As palavras-chave utilizadas foram: "determinantes sociais", "direito à saúde", "políticas públicas", "health inequalities" e "social vulnerability". Outros artigos também foram avaliados a partir das referências das publicações pesquisadas.

2 SAÚDE, DOENÇA E NORMALIDADE: FUNDAMENTANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Um dos grandes entraves relativos à discussão do direito à saúde consiste na definição do seu conceito. Os significados de saúde, doença e normalidade têm sido alvo de debates e polêmicas entre vários teóricos.

Inicialmente, é importante perceber que os conceitos não são estáticos, ou seja, as definições de normalidade e saúde não são universalmente válidas para todos; ao contrário, como afirma a nova psiquiatria transcultural, variam em diferentes sociedades, bem como no interior de uma mesma sociedade, de acordo com a posição socioeconômica e da subcultura de quem as concebe. Além disso, são imprecisas mesmo quando um único indivíduo é considerado sucessivamente, visto que algo normal, em determinada situação, pode se tornar patológico, em outra. A normalidade, entretanto, não constitui um antagonismo à doença; mas, ao invés disso, a engloba, do mesmo modo que o faz com a saúde. Sendo assim, tanto a saúde como a doença são processos naturais da vida, e, portanto, normais. Destarte, não existe incompatibilidade entre doença e normalidade, mas sim entre saúde e doença (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

A doença sempre esteve presente na história da humanidade, e o modo como era encarada (como justificativa política, associada a aspectos religiosos ou como produto da desarmonia entre as forças vitais, por exemplo) determinava se havia necessidade de intervenção para um determinado evento, e qual seria tal intervenção (SCLIAR, 2007). Embora aparentemente tenha um cunho teórico exclusivo, o conceito de saúde se reveste de ampla importância, pois nele estão fundamentadas as políticas de saúde pública e sua forma de execução.

A Organização Mundial de Saúde (1946) define saúde como sendo “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.” Apesar de esse conceito ser alvo de muitas críticas (a saúde seria tida como algo utópico e inalcançável, por exemplo), ele é de fundamental importância para as políticas de saúde pública, na medida em que considera não apenas os determinantes biológicos da saúde, mas também leva em conta o processo saúde-doença como resultado do binômio corpo-mente e de sua interação com o meio ambiente. Outro aspecto essencial é que a saúde é pensada positivamente, e não como simples ausência de doença. Tal máxima orienta as políticas de saúde pública a centrar-se em medidas voltadas para a promoção da saúde, mais eficazes e com menor custo que o modelo assistencialista e curativo, pautado pelo conceito de doença.

3 SAÚDE: UM DIREITO A SER CONQUISTADO

Soma-se à dificuldade de conceituar saúde a complexa definição de direito. Dallari (1988, p.59) emprega o termo “direito”, no contexto de direito à saúde, em seu sentido subjetivo. Para ele, “a referência à regra de direito vista por dentro implica necessariamente a compreensão do direito como regras do comportamento humano em sociedade. [...] Assim sendo, a saúde, definida como direito, deve inevitavelmente conter aspectos sociais e individuais. ”

Quando acatada como direito individual, a saúde tem como fundamento essencial a liberdade. Desta feita, todos os indivíduos podem eleger como interagir com o meio que os circunda, o que irá repercutir em seu estado de saúde. Da mesma forma, quando doentes, tais indivíduos podem escolher se desejam ou não serem tratados e, em caso positivo, decidir, juntamente ao médico, pela opção terapêutica adequada. No que tange aos aspectos sociais, a igualdade constitui o princípio regulador. Nesse contexto, as condutas individuais são limitadas em benefício do bem-estar de todos: nenhum indivíduo pode privar outrem do acesso à saúde, tampouco induzi-lo a adoecer (NOGUEIRA; PIRES, 2004).

É importante salientar que a liberdade e a igualdade, embora necessárias, não são suficientes para a efetivação do direito à saúde, mas dependem também do grau de desenvolvimento do Estado. Segundo Dallari (1988), somente o Estado desenvolvido econômica, social e culturalmente poderá garantir medidas igualitárias de proteção e de recuperação da saúde para todos os indivíduos; assim como, somente nesse Estado, o

indivíduo terá a liberdade de procurar o bem-estar físico, mental e social que lhe convier. Outros sim, a saúde não pode ser assegurada em uma sociedade na qual a população não tenha ciência de seus direitos; ou que não possua uma estrutura judiciária que permita o controle popular referente ao direito à saúde.

4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: ELEMENTOS E INTERVENÇÕES

Não é complexo apenas conceituar saúde ou o direito que a ela se remete, mas também elencar os elementos que irão permitir que a saúde seja alcançada ou não. Tais elementos podem ser denominados Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais, conforme a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008, p.3), compreendem “os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural. [...] São produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana.”

No estudo dos DSS, é mister compreender que a sua vinculação com a saúde não é uma simples relação de causa e efeito, assim como essa relação de determinação não é constante, de tal modo, por exemplo, que uma sociedade com um maior Produto Interno Bruto (PIB) não terá, necessariamente, melhores indicadores de saúde. Da mesma maneira, determinantes de saúde individuais não podem ser usados para explicar divergências em níveis de saúde entre diversas sociedades ou entre diferentes grupos de uma sociedade. Essas divergências estão relacionadas a fatores decorrentes das iniquidades sociais (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Vários modelos esquemáticos procuram representar os diversos níveis dos DSS. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), por exemplo, apresenta diversas esferas, as quais vão desde uma camada basal, onde estão presentes características individuais, até uma camada distal na qual se situam os macrodeterminantes. As camadas intermediárias perpassam pelos estilos de vida dos indivíduos, pelas redes sociais e comunitárias, e pelos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. Esses autores acreditam que as estratégias e políticas públicas devem se basear no entendimento das principais influências sobre a saúde. Isso justifica agrupar tais influências em diversas categorias, as quais requerem diferentes níveis de intervenção.

Apesar de ser consenso que as características individuais, as quais incluem idade, sexo e fatores constitucionais, exercem ampla influência no estado de saúde dos indivíduos, a maioria dos autores as considera características imutáveis e em quais, portanto, não se pode intervir. Atualmente, no entanto, é conhecido o papel do meio ambiente sobre a expressão genética. Barker et al (1989) demonstraram que os níveis pressóricos sistólicos de adultos eram inversamente proporcionais ao peso ao nascimento, sugerindo que o ambiente intra-uterino influencia a tensão arterial na vida adulta e está relacionado ao aumento da mortalidade cardiovascular. Alguns trabalhos mais recentes (JAENISCH e BIRD, 2003) mostram que o organismo pode responder ao meio ambiente através de mudanças na expressão genética, por meio de mecanismos epigenéticos, especialmente nos períodos de desenvolvimento. Tais alterações, apesar de não serem mutações, podem ser passadas para as gerações futuras em curto prazo, e talvez resultarem em condições que contribuam para a saúde ou doença. Quando os mecanismos epigenéticos e os estímulos ambientais que deflagram alterações da expressão genética forem totalmente compreendidos, será possível expressar os genes desejados e silenciar os que não o são na tentativa de alcançar a saúde.

A camada seguinte do modelo evidencia a importância do estilo de vida na determinação da saúde. Se tomado como referencial o diabetes mellitus tipo 2, doença que constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo pelos seus elevados níveis de morbimortalidade e complicações agudas e crônicas, são bem evidentes os efeitos do estilo de vida sobre o processo saúde-doença. O exercício físico, por exemplo, diminui a resistência periférica à ação da insulina, a gordura visceral e os níveis de hemoglobina glicada, além de reduzir a pressão arterial média e atuar em outros fatores que contribuem para a gênese das doenças cardiovasculares associadas ao diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2002). A dieta, por sua vez, constitui fator importante nos três níveis de prevenção do diabetes, atuando no controle glicêmico e melhorando o perfil lipídico, bem como diminuindo os níveis de tensão arterial (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008). Vale salientar que embora os comportamentos sejam muitas vezes entendidos como uma responsabilidade individual e obedeçam ao princípio da liberdade supracitado, eles são fortemente influenciados por determinantes sociais. Por isso, podem e devem ser alvos de intervenção, o que dá suporte à alocação de mais recursos destinados aos cuidados primários de assistência à saúde, e ao incentivo de medidas públicas que visem mudanças de hábitos de vida. Tais medidas devem ser universais, destinadas a toda população, e compreender acesso à

alimentação saudável e a práticas desportivas, bem como proibição de propagandas que incitem uso de álcool e tabaco.

No próximo nível, encontram-se as redes sociais e comunitárias, representadas pelo suporte familiar, de amigos, da vizinhança e da comunidade local, constituindo o denominado capital social, o qual tem demonstrado impactar de forma bastante positiva as condições de saúde. Alguns estudos têm se proposto a abordar a relação entre as redes sociais e a saúde do idoso, por exemplo. Segundo Ramos (2002), a troca de ajudas tem uma influência positiva no bem-estar psicológico, e os efeitos positivos do suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência, fazem que com que os idosos se sintam mais amados e seguros para enfrentar problemas de saúde. Corrobora tal afirmativa o fato de que o apoio social está consistentemente associado com as taxas mortalidade entre os idosos, e com algumas entidades clinicopatológicas como incapacidade funcional, incontinência urinária e problemas visuais (ROSA et al, 2007). Com base nesse conhecimento, se faz necessária a promoção de relações estáveis entre diversos indivíduos, por meio de programas de políticas públicas, no intuito de reduzir os gastos referentes à saúde. Além disso, o Estado deve instituir políticas de apoio às famílias vulneráveis, as quais devem ser reconhecidas como sujeito de direitos, visando atingir objetivos prioritários do desenvolvimento humano, tais como a minimização da pobreza, o acesso à educação, saúde, alimentação, moradia e proteção integral às crianças e adolescentes (GOMES; PEREIRA, 2005).

Na camada imediatamente externa estão inclusas as condições sociais e materiais nas quais as pessoas vivem e trabalham determinadas por vários setores, tais como moradia, educação, assistência à saúde e agricultura. Schrijvers et al (1998) demonstraram que parte da relação entre classe ocupacional e sua situação de saúde pode ser atribuída às diferentes distribuições de fatores de risco nas condições de trabalho e a um menor suporte social nas classes menos favorecidas. A educação constitui outro fator de ampla relevância na determinação da saúde. Em um trabalho realizado por Haidar et al (2001), foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a menor escolaridade materna e um menor número de consultas médicas no pré-natal; ocorrência de baixo peso ao nascer; e história pregressa de filhos mortos. Isso resulta em uma maior mortalidade materna e infantil, bem como contribui para o *déficit* de crescimento e desenvolvimento pós-natal, tornando essas crianças mais vulneráveis à ocorrência de doenças freqüentes (ROMANI; LIRA, 2004). Tais desfechos se associam a um menor rendimento escolar e, conseqüentemente, a uma menor

possibilidade de ingresso no mercado de trabalho, gerando um ciclo vicioso de pobreza e miséria. Essas condições de vida e trabalho, que também incluem outros elementos, como alimentação, saneamento básico e acesso à informação, são fortemente influenciadas pela posição social ocupada e, por conseguinte, a vulnerabilidade aos impactos ambientais também o é, mostrando que as iniquidades socioeconômicas devem ser combatidas a fim de assegurar o direito à saúde a todos.

O último nível do modelo compreende os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. Esses determinantes explicam, por exemplo, os diferentes perfis de doença decorrentes de desigualdades étnico-raciais: no Brasil, os negros apresentam os piores indicadores de mortalidade, maiores número de óbitos evitáveis e morrem mais por agressão e doenças cerebrovasculares do que os brancos (CHOR; LIMA, 2005). No estado de São Paulo há maior número de óbitos por doenças infecciosas, complicações decorrentes da gravidez e do parto, e transtornos mentais na população negra (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004). Na região sul do país, as mulheres negras possuem menor nível de escolaridade, renda familiar e acesso à água encanada do que as brancas (OLINTO; OLINTO, 2000). As características genéticas e a diversidade cultural pouco têm contribuído para explicar essas diferenças. Por outro lado, há evidências de que a desigualdade racial constitui a explicação fundamental para esse fenômeno. No Brasil, ela teve início com a colonização, perpetuando-se mesmo após a abolição da escravidão, com a consolidação da visão, de cunho racista, de que os negros eram biologicamente inferiores e de que o progresso do país só se daria com o processo de “branqueamento”. Tal ideologia culminou na adoção de medidas de ações governamentais discriminatórias. A política de imigração, por exemplo, resultou no agravamento da marginalização de negros e mulatos no Sudeste, bem como contribuiu para que a maioria de população não-branca permanecesse fora dessa região, em áreas economicamente atrasadas, onde as oportunidades educacionais e ocupacionais eram muito limitadas, sem uma formação efetiva de um mercado interno. Dessa forma, a população negra não pôde usufruir do desenvolvimento econômico ocorrido após a abolição, o que contribuiu para o aprofundamento da desigualdade e pobreza, as quais se reproduzem no país até os dias atuais (THEODORO, 2008) e contribuem para a maior exposição a diversos riscos à saúde. Por exercerem grande influência sobre os elementos que compõem as demais camadas, os macrodeterminantes devem ser alvos de grande empenho das políticas públicas. Entretanto, os resultados observados na atuação a esse nível são

morosos por enfrentarem conceitos e práticas culturais que já estão arraigados na sociedade. Contudo, tais práticas não devem ser desencorajadas, visto a ampla repercussão causada mesmo por pequenas intervenções.

5 SAÚDE: UM DIREITO SOCIAL

A saúde deve ser entendida como um direito social. As políticas públicas de saúde, portanto, não devem estar restritas a um conceito limitado de saúde ou à forma organizacional dos serviços, dicotomizada entre as ações de cunho coletivo e individual, e entre a prevenção e a cura. Partindo-se de uma definição mais abrangente de saúde, não reduzida à esfera biológica do indivíduo, se fazem indispensáveis medidas integrais, que compreendam aspectos sociais e políticos. Além disso, novas perspectivas em saúde só serão alcançadas com a participação cidadã efusiva na definição e implementação de projetos de interesse geral (PUCCINI; CECILIO, 2004).

Baseadas nessa visão holística da saúde estão as políticas oriundas da cooperação técnica entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o governo brasileiro. Os efeitos da atuação e dos trabalhos em torno dessa agenda não se restringem à formação de recursos humanos para a saúde, mas, ao invés disso, são amplos, compreendendo, entre outros, o estímulo a uma melhor integração multiprofissional; a reorganização das instituições docentes e prestadoras de serviços; uma maior adequação dos currículos às necessidades epidemiológicas mais imperativas; a promoção da formação generalista, em detrimento da ultra-especialização corrente; maior articulação entre as várias áreas de atuação dos ministérios; e o processo de descentralização administrativa na saúde, aliado a uma maior integração entre agências federais e estaduais (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

6 CONCLUSÕES

Assegurar o direito à saúde a todos é certamente um grande desafio. Nesse contexto, devem ser considerados inúmeros fatores: qual o papel da saúde na sociedade em questão? Qual a relação da saúde com os outros serviços? Quais os fatores que influem na existência da saúde? Como a saúde pode ser democratizada? A saúde na comunidade em estudo é encarada da mesma forma que em outras comunidades?

Esses são questionamentos que devem existir para que sejam formuladas políticas de saúde pública adequadas para a realidade de uma população, permitindo que, nessa amostra, o direito à saúde seja alcançado por todos.

A participação popular aparece como peça fundamental quando se considera a saúde como um direito social. Os determinantes sociais da saúde, por sua vez, constituem ferramentas não só para explicar as iniquidades em saúde, mas também um ponto de partida para combater as injustiças das diferenças do acesso à saúde.

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: A CONCEPT TO EFFECT THE RIGHT TO HEALTHCARE

ABSTRACT

This article aims to discuss the concepts of health, as well as aspects of the right to healthcare and its social determinants, from the review and analysis of studies on the subject, attached to specialized databases in health, supporting that knowing these definitions is essential for the elaboration and execution of effective health public policies. Only by seeing healthcare in a positive and holistic way, resulting from several integrated factors, it is possible to intervene effectively in the health-disease process and guarantee the right to healthcare to everyone, as provided in the Constitution.

Keywords: Social Determinants; Public Policies; Right to Health.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diabetes Mellitus and Exercise. **Diabetes Care**, Orlando, v. 5, n. 1, p. 64-68, jan. 2002.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. A position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, Orlando, v. 31, n. 1, p. 61-78, jan. 2008.

BARKER, D. J. et al. Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease. **British Medical Journal**, v. 298, p. 564-567, mar. 1989.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.5, p. 630-636, 2004.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set./out. 2005.

COELHO, M. T. A. D; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, ago. 2002.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2009.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, , 1991.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, fev. 1988.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 5, p. 357-363, abr. 2005.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, ago. 2001.

JAENISCH, R.; BIRD, A. Epigenetic regulation of gene expression: how the genome integrates intrinsic and environmental signals. **Nature**, v. 33, p. 245-254, mar. 2003.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.753-760, jun. 2004.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1137-1142, dez. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Preâmbulo à constituição da organização mundial da saúde, como adotada pela Conferência Internacional de Saúde**.

PAIVA, C. A. H.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, maio/jun. 2008.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, out. 2004.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre os idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-175, jun. 2002.

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 15-23, mar. 2004.

ROSA, T. E. C. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 2982-2992, dez. 2007.

R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

SCHRIJVERS et al. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 27, p. 1011-1018, 1998.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.

THEODORO, M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: _____. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após abolição**. Brasília: Ipea, 2008, p.15-43.