

**CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E
IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

**THE SOCIAL CONSTRUCTION OF DISEASE: THEORETICAL FOUNDATIONS
AND IMPLICATIONS FOR PUBLIC HEALTH POLICIES**

**CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD: FUNDAMENTOS TEÓRICOS
E IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD**

Hudson Fabbio Ferraz Feitoza

Doutorando, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

E-mail: hudson.ferraz@ufrpe.br

F-

Grazielli Meneses Brito

Doutoranda, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Elizangela Aparecida Luciano

Doutoranda, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Monica Alessandra Dias Rocha

Doutoranda, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Viviane da Silva Bessa

Doutoranda, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Elaine Gomes do Amaral

Doutoranda, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Regina Gabriela Caldas de Moraes

Doutoranda, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

José Roberval Ferreira de Oliveira

Doutorando, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

Resumo

O presente estudo aborda a construção social da doença, destacando seus fundamentos teóricos e suas implicações para as políticas públicas de saúde. Parte-se da crítica ao modelo biomédico, enfatizando a necessidade de compreender o processo saúde-doença como fenômeno historicamente situado e socialmente produzido. O objetivo do artigo é discutir os fundamentos teóricos da construção social da doença e suas implicações para a formulação e implementação de políticas públicas de saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas bases PubMed, SciELO e LILACS, com seleção de estudos recentes e obras clássicas relevantes ao

campo da Saúde Coletiva. A análise da literatura indica que a doença é mediada por fatores sociais, culturais e políticos, sendo influenciada por desigualdades estruturais e por marcadores como classe, raça e gênero. Destaca-se a contribuição das abordagens da construção social e da determinação social do processo saúde-doença, bem como da interseccionalidade, para a compreensão ampliada do adoecimento. No âmbito das políticas públicas, observa-se que os princípios do Sistema Único de Saúde, como integralidade e equidade, dialogam com essa perspectiva, embora sua operacionalização enfrente desafios relacionados à fragmentação dos serviços, ao subfinanciamento, às desigualdades territoriais e às limitações institucionais na implementação. Conclui-se que a concepção da doença como construção social amplia o entendimento do processo saúde-doença, mas sua incorporação nas políticas públicas depende de condições institucionais, políticas e materiais que possibilitem a tradução desses referenciais em práticas efetivas voltadas à redução das iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Políticas de Saúde; Saúde Pública; Equidade em Saúde.

Abstract

This study addresses the social construction of disease, highlighting its theoretical foundations and implications for public health policies. It is grounded in a critique of the biomedical model, emphasizing the need to understand the health-disease process as a historically situated and socially produced phenomenon. The aim of the article is to discuss the theoretical foundations of the social construction of disease and its implications for the formulation and implementation of public health policies. This is a narrative literature review conducted using the PubMed, SciELO, and LILACS databases, including recent studies and classical works relevant to the field of Collective Health. The literature analysis suggests that disease is mediated by social, cultural, and political factors and is shaped by structural inequalities and markers such as class, race, and gender. The contributions of the social construction perspective, the social determination of the health-disease process, and intersectionality are highlighted as key approaches for a broader understanding of illness. In the context of public policies, principles of the Brazilian Unified Health System, such as comprehensiveness and equity, align with this perspective; however, their operationalization faces challenges related to service fragmentation, underfunding, territorial inequalities, and institutional constraints in implementation. It is concluded that understanding disease as a social construction broadens the comprehension of the health-disease process; however, its incorporation into public policies depends on institutional, political, and material conditions that enable the translation of these frameworks into effective practices aimed at reducing health inequities.

Keywords: Social Determinants of Health; Health Policy; Public Health; Health Equity.

Resumen

El presente estudio aborda la construcción social de la enfermedad, destacando sus fundamentos teóricos y sus implicaciones para las políticas públicas de salud. Se parte de una crítica al modelo biomédico, enfatizando la necesidad de comprender el proceso salud-enfermedad como un fenómeno históricamente situado y socialmente producido. El objetivo del artículo es discutir los fundamentos teóricos de la construcción social de la enfermedad y sus implicaciones para la formulación e implementación de políticas públicas de salud. Se trata de una revisión narrativa de la literatura, realizada en las bases de datos PubMed, SciELO y LILACS, con selección de estudios recientes y obras clásicas relevantes en el campo de la Salud Colectiva. El análisis de la literatura indica que la enfermedad está mediada por factores sociales, culturales y políticos, siendo influenciada por desigualdades estructurales y por marcadores como clase, raza y género. Se

destaca la contribución de los enfoques de la construcción social y de la determinación social del proceso salud-enfermedad, así como de la interseccionalidad, para una comprensión ampliada del proceso de enfermar. En el ámbito de las políticas públicas, se observa que los principios del Sistema Único de Salud, como la integralidad y la equidad, dialogan con esta perspectiva, aunque su operacionalización enfrenta desafíos relacionados con la fragmentación de los servicios, el subfinanciamiento, las desigualdades territoriales y las limitaciones institucionales en la implementación. Se concluye que la concepción de la enfermedad como construcción social amplía la comprensión del proceso salud-enfermedad; sin embargo, su incorporación en las políticas públicas depende de condiciones institucionales, políticas y materiales que permitan traducir estos enfoques en prácticas efectivas orientadas a la reducción de las inequidades en salud.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud; Políticas de Salud; Salud Pública; Equidad en Salud.

1. Introdução

O processo saúde-doença tem sido historicamente marcado pela hegemonia do modelo biomédico, centrado em alterações orgânicas e mecanismos fisiopatológicos (CORREIA; MENDES; CARNUT, 2022; FURTADO, 2026). Embora esse modelo tenha sido fundamental para o avanço das ciências médicas, suas limitações tornam-se evidentes diante da complexidade dos fenômenos contemporâneos em saúde, especialmente no que se refere à influência de fatores sociais, culturais e políticos na produção do adoecimento (ALMEIDA; CALDEIRA; GOMES, 2022).

Nesse cenário, a insuficiência de explicações exclusivamente biológicas tem impulsionado a incorporação de abordagens que ampliam a compreensão do processo saúde-doença.

Entre essas abordagens, destaca-se a perspectiva da construção social da doença, que compreende o adoecimento como fenômeno historicamente situado, socialmente produzido e mediado por valores, discursos e relações de poder (RODRIGUES et al., 2023).

Essa perspectiva desloca o foco da doença como entidade puramente biológica para entendê-la também como categoria construída socialmente, cuja definição envolve disputas simbólicas, institucionais e científicas.

Paralelamente, a noção de determinação social do processo saúde-doença, desenvolvida no âmbito da medicina social latino-americana, introduz uma leitura estrutural das desigualdades em saúde, ao situar o adoecimento nas dinâmicas econômicas, políticas e históricas que organizam a vida social (CORREIA; MENDES; CARNUT, 2022; FURTADO, 2026).

Embora frequentemente mobilizadas de forma conjunta, essas perspectivas não são equivalentes: enquanto a construção social enfatiza a produção de significados e categorias, a determinação social privilegia a análise das estruturas e das relações de poder que condicionam as condições de vida e saúde.

Adicionalmente, a abordagem da interseccionalidade contribui para compreender como diferentes marcadores sociais (como classe, raça e gênero) se articulam na produção de vulnerabilidades e iniquidades em saúde, evidenciando a complexidade dos processos que atravessam o adoecimento (PAULA, 2025).

No campo das políticas públicas, essas perspectivas dialogam com princípios como equidade e integralidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que sua incorporação enfrente limites relacionados a constrangimentos institucionais, disputas políticas e restrições estruturais (DOS SANTOS et al., 2025).

Apesar dos avanços teóricos, a articulação entre essas abordagens e sua tradução em políticas públicas permanece um desafio. Em muitos casos, categorias críticas são incorporadas de forma parcial ou instrumental, sem alterar substantivamente os processos de formulação e implementação das políticas de saúde. Torna-se relevante examinar não apenas o potencial explicativo dessas perspectivas, mas também seus limites e implicações no campo das práticas institucionais.

Diante desse panorama, coloca-se como questão central: como a concepção da doença como construção social influencia a formulação e implementação de políticas públicas de saúde? Assim, o presente estudo tem como objetivo discutir os fundamentos teóricos da construção social da doença e suas implicações para a

formulação e implementação de políticas públicas de saúde, buscando contribuir para uma análise crítica mais precisa no campo da Saúde Coletiva.

2. Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, abordagem que permite integrar diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, favorecendo uma análise crítica e interpretativa sobre a construção social da doença e suas implicações para as políticas públicas de saúde.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, selecionadas por sua relevância na produção científica em saúde pública, ciências sociais em saúde e políticas de saúde, bem como por contemplarem literatura nacional e internacional, especialmente no contexto latino-americano.

A estratégia de busca foi conduzida entre os meses de janeiro e março de 2026, considerando publicações indexadas no período de 2022 a 2026. Foram utilizados descritores controlados (DeCS/MeSH) e termos livres, nos idiomas português, inglês e espanhol, combinados por operadores booleanos (AND, OR). As principais estratégias de busca incluíram combinações como: (“construção social da doença” OR “social construction of illness”) AND (“determinantes sociais da saúde” OR “social determinants of health”) AND (“políticas de saúde” OR “health policy”), além de termos relacionados à medicalização e à organização dos sistemas de saúde.

Como critérios de inclusão, foram considerados: (i) artigos originais e de revisão publicados no período definido; (ii) estudos que abordassem a interface entre fatores sociais, culturais e políticos na definição da doença; e (iii) produções que discutissem implicações para a formulação, implementação ou análise de políticas públicas de saúde. Adicionalmente, foram incluídas obras clássicas consideradas fundamentais para a sustentação teórica do campo, definidas com base em sua recorrência na literatura, impacto acadêmico e relevância histórica para as áreas da sociologia da saúde, medicina social e epidemiologia crítica.

Foram excluídos estudos duplicados, editoriais, cartas ao editor, artigos de opinião e publicações sem aderência direta ao objeto de investigação. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, procedeu-se à leitura dos títulos, resumos e, quando necessário, dos textos completos para seleção final das referências.

A busca inicial resultou em aproximadamente 102 estudos. Após a remoção de duplicatas e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 16 publicações para compor o corpus analítico desta revisão.

A análise dos estudos foi conduzida por meio de abordagem interpretativa, com leitura analítica e categorização temática orientada pelo problema de pesquisa. Foram considerados critérios como relevância para o objeto investigado, consistência teórico-metodológica e contribuição para a compreensão das relações entre doença, sociedade e políticas públicas.

A partir desse processo, a síntese analítica foi organizada em três eixos temáticos articulados: (i) a construção social da doença: fundamentos teóricos, determinação social e crítica ao paradigma biologicista; (ii) determinações sociais, culturais e políticas na definição e experiência da doença; e (iii) implicações para políticas públicas de saúde, com ênfase nos princípios de integralidade, equidade e nos desafios estruturais de sua implementação.

Essa organização buscou refletir uma progressão analítica que parte dos fundamentos conceituais, avança para as mediações sociais e culturais do processo saúde-doença e culmina na análise de suas repercussões no campo das políticas públicas de saúde.

3. Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão estão organizados em eixos temáticos que refletem a articulação entre os fundamentos teóricos da construção social da doença, suas mediações sociais e culturais e suas implicações para as políticas públicas de saúde. Essa estrutura permite uma análise progressiva, partindo da base conceitual até suas expressões no campo das práticas e da gestão em saúde.

3.1 A construção social da doença: fundamentos teóricos, determinação social e crítica ao paradigma biologicista

A compreensão da doença como construção social insere-se no campo crítico da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais em Saúde, configurando-se como uma inflexão em relação ao paradigma estritamente biologicista, que reduz o adoecimento a alterações orgânicas descontextualizadas. Embora esse paradigma tenha sido central para o desenvolvimento das ciências médicas, sua pretensão de explicar, de forma suficiente, os processos de saúde-doença mostra-se limitada diante da complexidade dos fenômenos contemporâneos.

Nessa perspectiva, a doença deixa de ser entendida como uma entidade natural, universal e neutra, passando a ser concebida como um fenômeno historicamente produzido, socialmente situado e culturalmente interpretado (CORREIA; MENDES; CARNUT, 2022).

O conceito de construção social da doença apoia-se na premissa de que tanto a definição quanto a experiência do adoecimento são mediadas por valores, normas, discursos e relações de poder que variam conforme o contexto histórico e sociocultural. Tal entendimento aproxima-se do construcionismo social ao enfatizar que os fenômenos de saúde e doença são produzidos nas interações sociais e nos regimes de verdade que legitimam determinados saberes em detrimento de outros (RODRIGUES et al., 2023).

Entretanto, é necessário distinguir essa abordagem da noção de determinação social do processo saúde-doença, frequentemente mobilizada de forma articulada, mas não equivalente. Enquanto a construção social da doença enfatiza a produção de significados e a dimensão simbólica e institucional do adoecimento, a determinação social, amplamente desenvolvida no pensamento latino-americano em saúde, privilegia a análise das estruturas sociais, das desigualdades e das relações de poder que condicionam as formas de viver, adoecer e morrer (CORREIA; MENDES; CARNUT, 2022).

Conforme argumenta Furtado (2026), a determinação social da saúde envolve nexos internos complexos, nos quais dimensões econômicas, políticas e ideológicas se inter-relacionam na produção de perfis de morbimortalidade.

A crítica ao modelo biomédico tradicional, portanto, não implica a negação da materialidade biológica da doença, mas a recusa de sua pretensão de suficiência explicativa. A incorporação de dimensões sociais e subjetivas tensiona práticas assistenciais centradas exclusivamente no corpo biológico e aponta para a necessidade de abordagens mais integradas.

A transição para o modelo biopsicossocial, embora ainda em consolidação, expressa esse movimento, mas não ocorre de forma linear, sendo atravessada por resistências institucionais, disputas profissionais e limites organizacionais no campo da saúde (ALMEIDA; CALDEIRA; GOMES, 2022).

Nesse contexto, a medicalização da vida constitui um dos principais desdobramentos da expansão do olhar biomédico, ao redefinir experiências sociais e sofrimentos como problemas médicos passíveis de intervenção técnica. Esse processo pode ser compreendido à luz das estratégias biopolíticas que historicamente orientaram práticas de regulação dos corpos e das populações, evidenciando a articulação entre saber médico, controle social e produção de subjetividades (QUIROGA; PAOLUCCI, 2023).

Contudo, a medicalização não se apresenta de forma homogênea, podendo também responder a demandas sociais por reconhecimento e cuidado, o que evidencia suas ambiguidades.

A incorporação da perspectiva da interseccionalidade aprofunda a compreensão da construção social da doença ao evidenciar que os processos de saúde-doença são atravessados por múltiplos marcadores sociais, como classe, gênero, raça/etnia e território.

Esses marcadores interagem de maneira dinâmica, produzindo padrões diferenciados de vulnerabilidade, acesso aos serviços de saúde e reconhecimento

das necessidades em saúde (PAULA, 2025), o que desafia abordagens universalistas que desconsideram tais diferenciações.

Assim, a construção social da doença não apenas questiona a naturalização do adoecimento, mas também evidencia que as categorias diagnósticas, as prioridades sanitárias e as respostas institucionais são produtos de disputas simbólicas e materiais.

Compreender a doença sob essa ótica implica reconhecer sua natureza processual, relacional e politicamente situada, ao mesmo tempo em que coloca em evidência os limites e as possibilidades de sua incorporação na análise crítica das práticas em saúde e na formulação de políticas públicas orientadas pela equidade e pela justiça social.

3.2 Determinações sociais, culturais e políticas na definição e experiência da doença

A compreensão da doença como construção social exige o reconhecimento de que o processo saúde-doença é profundamente condicionado por determinações sociais, culturais e políticas. Nesse sentido, a literatura distingue, ainda que de forma complementar, os conceitos de determinantes sociais da saúde e determinação social, sendo este último mais abrangente ao enfatizar os processos estruturais e históricos que produzem desigualdades em saúde (SILVA; BICUDO, 2022).

Os determinantes sociais da saúde incluem fatores como renda, escolaridade, condições de trabalho, habitação e acesso a serviços, os quais influenciam diretamente os perfis epidemiológicos das populações (MACHADO et al., 2023).

Entretanto, a abordagem baseada em determinantes, quando utilizada de forma desarticulada de uma perspectiva crítica, pode favorecer leituras fragmentadas do processo saúde-doença, com ênfase em fatores mensuráveis, sem necessariamente problematizar as estruturas sociais que os produzem. Nesse

ponto, a perspectiva da determinação social avança ao situar tais fatores no interior de relações sociais mais amplas, marcadas por desigualdades estruturais e pela dinâmica do modo de produção (SEVALHO, 2025).

Nesse contexto, o território emerge como categoria analítica central, na medida em que expressa não apenas uma delimitação geográfica, mas um espaço socialmente produzido, permeado por relações de poder, identidades e formas de viver e adoecer (PRADO; CAETANO, 2024).

A análise territorial permite compreender como diferentes contextos produzem exposições diferenciadas a riscos e vulnerabilidades em saúde, mas também evidencia desafios para a operacionalização dessa abordagem nas políticas públicas, especialmente diante de limitações institucionais e desigualdades regionais.

A experiência do adoecimento também é mediada por dimensões culturais, que influenciam a forma como os indivíduos percebem, nomeiam e lidam com a doença. Sob essa perspectiva, o processo saúde-doença não pode ser reduzido à sua dimensão biológica, sendo necessário considerar sistemas simbólicos, crenças e práticas sociais que orientam comportamentos e decisões em saúde (SILVA SOBRINHO; RUFFINO NETTO, 2022).

No entanto, a incorporação dessas dimensões nas práticas em saúde frequentemente ocorre de forma limitada, sendo subordinada a protocolos biomédicos que nem sempre dialogam com os contextos socioculturais dos sujeitos.

Estudos empíricos reforçam essa compreensão ao evidenciar que a percepção de saúde e doença varia conforme o contexto social e territorial, sendo atravessada por experiências concretas de vida e pelas condições materiais de existência (JÁCOME et al., 2022).

Tais achados apontam para a importância de incorporar saberes locais e percepções comunitárias na análise e no planejamento em saúde, ainda que sua integração aos processos decisórios institucionais permaneça um desafio.

Adicionalmente, as desigualdades sociais se expressam de forma interseccional, sendo atravessadas por marcadores como raça, gênero, classe e sexualidade. Essa abordagem permite compreender que diferentes formas de opressão não atuam isoladamente, mas se articulam, produzindo padrões complexos de vulnerabilidade e iniquidades em saúde (CRUZ et al., 2023; MEIRA et al., 2025).

Contudo, há o risco de que a interseccionalidade seja incorporada de maneira meramente descritiva ou retórica, sem efetiva tradução em estratégias analíticas ou em intervenções concretas no campo das políticas públicas.

No campo das políticas públicas, essas desigualdades se materializam em barreiras de acesso, qualidade e continuidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando limites estruturais na garantia do direito à saúde (DOS SANTOS et al., 2025).

Tais barreiras são particularmente evidentes em populações em situação de vulnerabilidade, como trabalhadores precarizados e comunidades rurais reassentadas, cujas condições de vida impactam diretamente seus perfis de saúde (DA ROSA; BUSATO, 2024). Ainda assim, a transformação dessas evidências em políticas efetivas depende de processos institucionais complexos, atravessados por restrições orçamentárias, capacidade de gestão e disputas de prioridades.

Dessa forma, a definição e a experiência da doença revelam-se inseparáveis das condições sociais de existência, das dinâmicas territoriais e das estruturas de poder que organizam a sociedade. Compreender essas múltiplas determinações não apenas amplia o escopo analítico do processo saúde-doença, mas também evidencia os desafios de sua incorporação na formulação e implementação de políticas públicas de saúde mais equitativas, sensíveis às diversidades e orientadas pela redução das iniquidades em saúde.

3.3 Implicações para políticas públicas de saúde: entre integralidade, equidade e desafios estruturais

A incorporação da perspectiva da construção social da doença nas políticas públicas de saúde implica uma inflexão crítica em relação ao modelo biomédico, ao exigir o reconhecimento dos processos históricos e sociais que estruturam o adoecimento (FURTADO, 2026).

Nesse sentido, a abordagem da determinação social amplia o entendimento dos fenômenos em saúde ao situá-los nas dinâmicas de produção e reprodução social, tensionando modelos explicativos centrados exclusivamente em fatores individuais (CORREIA; MENDES; CARNUT, 2022). No entanto, a transposição dessas abordagens teóricas para o campo das políticas públicas não ocorre de forma direta, sendo mediada por condicionantes institucionais, políticos e econômicos.

No contexto brasileiro, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a integralidade e a equidade, expressam um alinhamento normativo com essa perspectiva ampliada. A integralidade pressupõe o reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença, enquanto a equidade demanda intervenções diferenciadas diante de desigualdades estruturais que afetam grupos sociais de maneira desigual (SILVA; BICUDO, 2022; MACHADO et al., 2023).

Contudo, a operacionalização desses princípios envolve disputas sobre prioridades, critérios de alocação de recursos e formas de organização do cuidado, o que evidencia que sua implementação está longe de ser apenas uma decorrência técnica.

A efetivação desses princípios requer a articulação de ações intersetoriais que ultrapassem o setor saúde, incorporando políticas de educação, habitação, trabalho e assistência social. Essa perspectiva reforça a compreensão de que os determinantes sociais da saúde estão profundamente imbricados nas condições materiais de vida e nos territórios, exigindo respostas integradas e territorializadas (PRADO; CAETANO, 2024; DA ROSA; BUSATO, 2024).

Ainda assim, a intersectorialidade frequentemente esbarra em dificuldades de coordenação institucional, fragmentação administrativa e ausência de mecanismos estáveis de governança.

Entretanto, a implementação de políticas orientadas por essa abordagem enfrenta entraves estruturais significativos. A fragmentação dos serviços, o subfinanciamento crônico e as desigualdades no acesso ao SUS limitam a efetivação de práticas integrais e equitativas, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade social (DOS SANTOS et al., 2025).

Além disso, a capacidade de gestão em nível local e as desigualdades federativas introduzem variações importantes na implementação das políticas, produzindo resultados heterogêneos no território nacional.

As iniquidades em saúde se expressam de forma interseccional, sendo atravessadas por marcadores como raça, gênero e classe social, o que impõe desafios adicionais à formulação de políticas universais sensíveis às diferenças. Evidências recentes demonstram que tais desigualdades produzem impactos diferenciados nos perfis de adoecimento e no acesso aos serviços, exigindo abordagens mais refinadas e inclusivas (CRUZ et al., 2023; MEIRA et al., 2025).

No entanto, a incorporação da interseccionalidade nas políticas públicas ainda é incipiente, muitas vezes restrita a diretrizes normativas, sem tradução consistente de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação. Por fim, a incorporação dos aspectos culturais e das percepções sociais sobre saúde e doença revela-se fundamental para a efetividade das políticas públicas (SILVA SOBRINHO; RUFFINO NETTO, 2022).

A valorização dos saberes locais e das experiências dos sujeitos contribui para práticas mais contextualizadas e responsivas às necessidades reais das populações, fortalecendo a legitimidade das intervenções em saúde. Contudo, a integração desses saberes aos processos institucionais permanece limitada, frequentemente subordinada a modelos técnicos padronizados (JÁCOME et al., 2022).

A análise desenvolvida sugere que a incorporação da perspectiva da construção social da doença nas políticas públicas de saúde não se esgota na ampliação conceitual do processo saúde-doença, exigindo sua tradução em dispositivos institucionais, critérios de priorização e estratégias de gestão capazes de enfrentar as desigualdades estruturais que condicionam o adoecimento.

4. Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento metodológico. Por tratar-se de uma revisão narrativa, não foi adotado um protocolo sistemático formal, o que pode implicar menor reprodutibilidade do processo de busca e seleção das fontes. Além disso, a ausência de critérios padronizados para avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos pode introduzir vieses na interpretação dos achados.

A seleção das bases de dados (PubMed, SciELO e LILACS), embora relevante para o campo da Saúde Coletiva, pode não contemplar a totalidade da produção científica sobre o tema, especialmente em outras áreas disciplinares ou bases internacionais não incluídas. Adicionalmente, a escolha e interpretação das referências foram orientadas por uma abordagem analítica, o que pode refletir, em alguma medida, a perspectiva dos autores.

Outro aspecto a ser considerado refere-se à natureza teórico-analítica do estudo, que não permite generalizações empíricas diretas. As implicações discutidas para as políticas públicas de saúde devem ser compreendidas como contribuições interpretativas, que necessitam ser aprofundadas e testadas em estudos empíricos futuros.

4. Considerações Finais

A análise desenvolvida permitiu evidenciar que a doença, longe de constituir-se como um fenômeno estritamente biológico, é produzida e interpretada à luz de processos sociais, históricos, culturais e políticos.

A partir dessa perspectiva, verificou-se que a incorporação da construção social da doença no campo das políticas públicas de saúde implica um deslocamento paradigmático, que tenciona modelos reducionistas e reforça a centralidade da determinação social do processo saúde-doença. Tal deslocamento contribui para a ampliação do olhar sobre as necessidades em saúde, incorporando dimensões frequentemente negligenciadas pelas abordagens biomédicas tradicionais.

No contexto brasileiro, essa discussão revela-se particularmente relevante, uma vez que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a integralidade e a equidade, dialogam diretamente com uma concepção ampliada de saúde. Contudo, a análise também evidenciou a persistência de desafios estruturais que dificultam a plena incorporação dessa perspectiva, tais como desigualdades sociais, fragmentação das ações e limitações no financiamento e na gestão dos serviços.

Adicionalmente, destaca-se que a consideração das dimensões culturais, territoriais e interseccionais do processo saúde-doença é fundamental para a formulação de políticas mais sensíveis às especificidades dos diferentes grupos sociais. Nesse sentido, a valorização de saberes locais e a escuta das experiências dos sujeitos emergem como elementos centrais para a construção de práticas mais efetivas e socialmente referenciadas.

Conclui-se que a concepção da doença como construção social exerce influência significativa sobre a formulação e implementação de políticas públicas de saúde, ao ampliar os referenciais analíticos e ao demandar respostas mais

integradas, equitativas e contextualizadas. Por fim, ressalta-se a necessidade de aprofundamento de estudos que articulem teoria e prática, contribuindo para o fortalecimento de sistemas de saúde orientados pela justiça social e pelo direito universal à saúde.

Referências

ALMEIDA, Patrique Jardel Rocha; CALDEIRA, Francois Isnaldo Dias; GOMES, Claudia. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho (REBESDE)*, v. 3, n. 2, 2022.

CORREIA, Daniele; MENDES, Áquilas Nogueira; CARNUT, Leonardo. Determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a importância do pensamento crítico em saúde. *Crítica Revolucionária*, v. 2, p. e002, 2022.

CRUZ, Marcus Vinicius Ribeiro et al. A Covid-19 não é democrática: determinação social do processo saúde-doença numa análise de gênero-raça-classe-sexualidade. *Saúde em Redes*, v. 9, n. 1, p. 4113, 2023.

DA ROSA, Lisiane; BUSATO, Maria Assunta. Condições de saúde de reassentados rurais na perspectiva dos determinantes sociais de saúde. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 20, 2024.

DOS SANTOS, Antonio Nacílio Sousa et al. Políticas de saúde e desigualdade: determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). *Aracê*, v. 7, n. 4, p. 17006–17039, 2025.

FURTADO, Vanessa Clementino. Nexos internos da determinação social da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 36, p. e360106, 2026.

JÁCOME, Erik Vinícius Martins et al. Percepção de determinantes de saúde e doença em um território: relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 352–363, 2022.

MACHADO, Helenira Macêdo Barros et al. Determinantes sociais em saúde e suas implicações no processo saúde-doença da população. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 6, p. 6086–6102, 2023.

MEIRA, Janderson Costa et al. Doença mental, racialidade e interseccionalidade: um estudo analítico. *AMazônica*, v. 18, n. 1, p. 835–867, 2025.

PAULA, Matheus Oliveira de. A interseccionalidade enquanto ferramenta analítica aplicada à interpretação da saúde: enfoque sobre as desigualdades em saúde à luz da diversidade e identidade. *Saúde e Sociedade*, v. 33, p. e230828, 2025.

PRADO, Guilherme Augusto Souza; CAETANO, Maria Verônica Almeida. Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades. *Saúde em Debate*, v. 48, p. e8730, 2024.

QUIROGA, Fernando Lionel; PAOLUCCI, Beatriz Aparecida. Educação física como estratégia biopolítica da ideologia higienista e seus vínculos epistemológicos com as teorias do processo saúde-doença. *Revista Conhecimento Online*, v. 2, p. 365–378, 2023.

RODRIGUES, Clara Mória Borges et al. Construcionismo social, saúde mental e clínica psicológica na obra de Kenneth Gergen. 2023.

SEVALHO, Gil. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, p. e00035724, 2025.

SILVA, Leticia Batista; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. V. C.; SILVA, L. B.; MACHADO, T. O. (org.). *Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises*. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115–131.

SILVA SOBRINHO, Reinaldo Antonio; RUFFINO NETTO, Antônio. O processo saúde-doença na perspectiva cultural: apontamentos para a pandemia SARS-CoV-2/COVID-19. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 10, n. 23, p. 115–135, 2022.