



SAÚDE COLETIVA

ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO E SUBÁREAS

ADELICIO MACHADO DOS SANTOS

2025

ADELICIO MACHADO DOS SANTOS

SAÚDE COLETIVA:
ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO E SUBÁREAS

Editora Pascal
2025

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Adelcio Machado Dos Santos

Conselho Editorial

Dr^a. Ivete Furtado Ribeiro Caldas

Dr^a. Priscila Xavier de Araújo

Dr^a. Luana Martins Cantanhede

Dr. George Alberto da Silva Dias

Dr^a. Maria Raimunda Chagas Silva

Dr. Roberto César Duarte Gondim

Dr. Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237s

Santos, Adelcio Machado dos

Saúde coletiva: estatuto epistemológico e subáreas / Adelcio Machado dos Santos — São Luís: Editora Pascal, 2025.

59 f. : il.:

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-6068-199-6

D.O.I.: 10.29327/5678953

1. Saúde coletiva. 2. Epistemologia. 3. Interdisciplinariedade. 4. Equidade em saúde. I. Santos, Adelcio Machado dos. II. Título.

CDU: 614(001.891)(121)(=112.2)

Qualquer parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros, desde que seja citado o autor.

Livro dedicado ao
Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

“A Saúde Coletiva expressa uma nova forma de pensar e agir sobre os processos de saúde, doença e cuidado, articulando saberes interdisciplinares e práticas sociais”.

(MERHY, 2002, p. 21)

MERHY, Emerson Elias. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PREÂMBULO

Prof. Dr. Adelcio Machado dos Santos

Em primeiro lugar, a constituição da área da Saúde Coletiva como área de conhecimento, prática e intervenção social representa uma das mais significativas inflexões epistemológicas e políticas no âmbito das ciências da saúde nas últimas décadas. Ao romper com os marcos reducionistas da medicina biologicista e hospitalocêntrica, a Saúde Coletiva emerge como um território multidimensional, no qual se entrelaçam saberes científicos, saberes populares, lutas sociais e práticas institucionais.

Destarte, este livro propõe-se a explorar, com profundidade e rigor crítico, o estatuto epistemológico da Saúde Coletiva, bem como o papel e a singularidade de suas principais subáreas, contribuindo para o debate acadêmico, a formação profissional e o fortalecimento de uma prática sanitária comprometida com a equidade, a democracia e a justiça social.

A gênese da Saúde Coletiva no Brasil não pode ser compreendida dissociada dos contextos históricos e políticos que marcaram a redemocratização do país, a reforma sanitária brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos anos 1970 e 1980, intelectuais, militantes, profissionais de saúde e movimentos sociais se articularam em torno da necessidade de reconfigurar a concepção de saúde enquanto direito universal, condição de cidadania e expressão das condições de vida.

Por conseguinte, esse processo, a Saúde Coletiva consolidou-se como um campo que transcende a dimensão assistencial da medicina, incorporando determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais da saúde e da doença, e colocando em pauta a complexa relação entre Estado, sociedade e políticas públicas.

Do ponto de vista epistemológico, a Saúde Coletiva não constitui uma ciência única e homogênea, mas sim um campo interdisciplinar e transdisciplinar, que abriga distintas matrizes teóricas e metodológicas. Essa diversidade, longe de configurar uma fragilidade, é precisamente o que dá vitalidade ao campo, permitindo-lhe enfrentar questões complexas que exigem abordagens integradas e críticas.

Por conseguinte, os contributos da epidemiologia social, das ciências sociais e humanas, da economia da saúde, da política pública, da gestão e da clínica ampliada convergem para a construção de um saber que se afirma em sua pluralidade e que, ao mesmo tempo, busca coerência interna e compromisso com a transformação da realidade.

Este livro parte do reconhecimento de que a Saúde Coletiva é um campo em disputa. Disputa de conceitos, de métodos, de projetos societários. Por isso, torna-se fundamental explicitar os fundamentos epistemológicos que sustentam a produção de conhecimento e a intervenção no campo.

Mais do que uma sistematização dogmática, trata-se aqui de promover um exercício reflexivo, crítico e dialógico sobre os pilares que estruturam a Saúde Coletiva como projeto científico e político. Ao examinar as bases ontológicas, gnosiológicas, axiológicas e metodológicas do campo, pretendemos oferecer aos leitores e leitoras elementos para uma compreensão aprofundada da sua complexidade e potencial transformador.

A estrutura do livro contempla uma análise cuidadosa das principais subáreas que compõem a Saúde Coletiva, reconhecendo suas especificidades e inter-relações. A Gestão da Saúde, à guisa de exemplo, é discutida não apenas como técnica de mensuração e análise de eventos de saúde, mas como campo que enfrenta o desafio de incorporar determinantes sociais e contextuais à análise dos processos pertinentes à higidez.

Entrementes, a área de políticas, planejamento e gestão em saúde é abordada a partir das tensões entre tecnocracia e democracia, eficiência e equidade, gestão e participação. Já o campo das ciências sociais e humanas em saúde é explorado em sua capacidade de desnaturalizar os fenômenos sanitários e trazer à tona os conflitos simbólicos, culturais e éticos que atravessam as práticas em saúde.

Ademais das subáreas tradicionalmente reconhecidas, o livro também se debruça sobre outras dimensões emergentes ou ainda pouco consolidadas, mas que vêm ganhando relevância no cenário contemporâneo, como a Economia da Saúde.

Todas essas vertentes dialogam com os desafios do presente, como as desigualdades estruturais, as mudanças climáticas, os efeitos da urbanização desordenada, as pandemias globais e as transformações no mundo do trabalho. Ao incorporar tais questões, a Saúde Coletiva reafirma seu compromisso com a análise crítica das determinações sociais da saúde e com a construção de respostas éticas, solidárias e sustentáveis.

De outro vértice, o caráter interdisciplinar da Saúde Coletiva impõe também uma reflexão sobre os processos de formação e de produção científica. A constituição de currículos, programas de pós-graduação, grupos de pesquisa e práticas pedagógicas não pode se processar de forma acrítica ou automatizada. É necessário reconhecer as tensões entre formação técnica e formação crítica, entre competências profissionais e compromisso social.

O repto de formar profissionais e pesquisadores capazes de atuar em contextos de alta complexidade social e institucional exige uma pedagogia que articule

teoria e prática, ciência e cidadania, técnica e sensibilidade.

Este preâmbulo não se encerra em si mesmo. Ele é uma convocação ao diálogo. Um convite à leitura crítica, ao engajamento intelectual e à disposição para revisitar conceitos, práticas e posicionamentos. Ao longo dos capítulos que se seguem, o leitor e a leitora encontrarão contribuições que problematizam, instigam e abrem caminhos para pensar a Saúde Coletiva como campo dinâmico, plural e em permanente reconstrução.

Esta obra partilha o compromisso com uma ciência voltada para a vida em sua integralidade e complexidade, cientes de que o conhecimento científico não é neutro, mas situado histórica e politicamente.

Em epítome, em tempos de incertezas e retrocessos, em que os direitos sociais são postos em xeque e os determinantes da saúde se tornam ainda mais desiguais, reafirmar a Saúde Coletiva como campo crítico e transformador é um gesto de resistência e esperança.

Por final, este livro, precipuamente, contribuir para fortalecer esse projeto coletivo, alimentando o pensamento, o debate e a ação em prol de uma sociedade mais justa, solidária e hígida para todas e todos.

BIOGRAFIA DO AUTOR



O Prof. Dr. Adelcio Machado dos Santos é Sanitarista (ABRASCO), Biólogo (CRBio/SC 129763-D), Gestor Hospital, Gestor de Saúde, Auditor de Saúde, Agente Comunitário em Saúde e Terapeuta Integrativo e Complementar.

Doutor e Pós-Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento (UFSC). Mestre em Relações Públicas. Especialista em Saúde Coletiva e Gestão da Saúde. Bacharel em Ciências Biológicas, Tecnólogo em Gestão Hospitalar, em Gestão da Saúde Pública, em Auditoria em Saúde e em Práticas Integrativas e Complementares.

O núcleo temático de estudo envolve as linhas de pesquisa: Desenvolvimento e Sociedade, Estudos Culturais e Filosofia da Interdisciplinaridade.

Ex-Reitor, coordenador de curso, vogal da Comissão Própria de Avaliação (CPA), Núcleos Docentes Estruturante (NDE) e colegiado de curso. Integrou os Conselhos Estaduais de Educação, Cultura e Desportos em Santa Catarina.

Militou no “staff” da Assembleia Constituinte de Santa Catarina, Assembleia Legislativa de Santa Catarina, Tribunal de Contas de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Fazenda.

Avaliador científico de projetos, eventos, editoras e periódicos. Consultor do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação (BASIs), Banco Nacional de Itens (BNI), Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina (CEE/SC) e Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

Vogal das seguintes instituições: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Estudos de Lazer (ANPEL), Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Turismo (ANPTUR), Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração (ANPAD), Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPE-DI), Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd), Associação Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ANCIB), Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música (ANPPOM) e Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Artes Cênicas. (ABRACE).

Deu a lume a 78 livros, 165 capítulos de livros e 430 artigos científicos.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6663595207403860>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3916-972X>

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	11
SAÚDE COLETIVA: reflexão sobre o seu estatuto epistemológico	
CAPÍTULO 2	26
GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: análise propedêutica	
CAPÍTULO 3	43
ECONOMIA DA SAÚDE: uma discussão teórica	

1

SAÚDE COLETIVA: reflexão sobre o seu estatuto epistemológico

*PUBLIC HEALTH: reflection on its
epistemological status*

Resumo

Este artigo propõe reflexão aprofundada sobre o estatuto epistemológico da Saúde Coletiva, situando-a como um campo de saber e prática em constante construção e tensionamento. A partir de uma revisão crítica da literatura, analisa-se a emergência histórica da Saúde Coletiva no Brasil, suas bases teóricas e os paradigmas que a constituem, destacando os desafios epistemológicos que atravessam o campo na contemporaneidade. A discussão evidencia que a Saúde Coletiva se distancia de uma abordagem biomédica tradicional e se ancora em uma perspectiva ampliada de saúde, incorporando determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais. No entanto, os desafios de natureza epistemológica persistem, tais como a interdisciplinaridade efetiva, a articulação entre saberes técnico-científicos e populares, e a tensão entre a produção de conhecimento crítico e as exigências do mercado e das políticas públicas neoliberais. A partir desse panorama, defende-se a necessidade de um compromisso ético-político e científico que fortaleça a Saúde Coletiva como um campo emancipatório, comprometido com a transformação social e a equidade em saúde. O texto contribui para o aprofundamento teórico e crítico do debate sobre os fundamentos epistemológicos da área.

Palavras-chave: saúde coletiva; epistemologia; interdisciplinaridade; conhecimento crítico; equidade em saúde.

Abstract

This article proposes a thorough reflection on the epistemological status of Collective Health, framing it as a field of knowledge and practice in constant construction and tension. Based on a critical review of the literature, it analyzes the historical emergence of Collective Health in Brazil, its theoretical foundations, and the paradigms that shape it, highlighting the epistemological challenges that persist in contemporary contexts. The discussion shows that Collective Health moves away from the traditional biomedical approach and is grounded in a broader perspective of health, incorporating social, political, economic, and cultural determinants. However, epistemological challenges remain, such as effective interdisciplinarity, the articulation between scientific and popular knowledge, and the tension between critical knowledge production and the demands of the neoliberal market and public policies. From this perspective, the article advocates for an ethical-political and scientific commitment that strengthens Collective Health as an emancipatory field, dedicated to social transformation and health equity. The text contributes to the theoretical and critical deepening of the debate on the epistemological foundations of the area.

Keywords: collective health; epistemology; interdisciplinarity; critical knowledge; health equity.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Saúde Coletiva tem se consolidado como um campo de saber e prática profundamente imbricado com os desafios sociais, políticos e científicos do Brasil contemporâneo. Diferentemente da medicina tradicional, cujo foco recai majoritariamente sobre o indivíduo e as doenças biológicas, a Saúde Coletiva emerge com o compromisso de compreender os determinantes sociais da saúde, valorizando as dinâmicas coletivas, os processos sociais, culturais e econômicos que afetam o bem-estar das populações. Essa concepção ampliada de saúde — historicamente influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária e consolidada no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) — exige uma reflexão aprofundada sobre os fundamentos que legitimam sua produção de conhecimento, suas práticas e sua identidade epistemológica.

O campo da Saúde Coletiva, conforme se estruturou no Brasil, não pode ser compreendido apenas como uma extensão da saúde pública tradicional ou como uma mera aplicação de conhecimentos biomédicos em escala populacional. Ao contrário, configura-se como um campo híbrido, multidisciplinar e crítico, que agrega saberes oriundos das ciências humanas e sociais, da epidemiologia, das ciências da gestão, da educação, da filosofia e da política. Essa pluralidade, embora seja um de seus maiores potenciais, também coloca em cena desafios epistemológicos centrais: afinal, qual é o estatuto científico da Saúde Coletiva? Quais fundamentos epistemológicos sustentam sua legitimidade como campo autônomo de produção de saber? E de que modo ela articula teoria e prática na construção de políticas públicas e estratégias de cuidado?

Tais perguntas não são meramente acadêmicas; ao contrário, são fundamentais para compreender a natureza do conhecimento produzido na Saúde Coletiva e, sobretudo, para fortalecer sua capacidade de intervir criticamente na realidade social. Como afirma Minayo (2006), refletir sobre a epistemologia da área é também refletir sobre seu compromisso ético-político, suas formas de compreender o mundo e de transformar as condições de vida das populações. Nesse sentido, o debate epistemológico não pode ser dissociado de sua dimensão histórica, política e institucional.

Historicamente, a constituição da Saúde Coletiva como campo científico no Brasil está fortemente vinculada ao contexto político da década de 1970 e aos embates intelectuais do período. A crítica à medicina preventiva, ao biologicismo e à tecnocracia sanitária impulsionou o surgimento de uma nova racionalidade, orientada pela análise crítica dos determinantes sociais e pela defesa de um sistema público universal, equânime e integral. Nesse processo, a Saúde Coletiva foi

se moldando como um espaço de convergência entre diferentes áreas do saber, articulando práticas profissionais, militância social e produção científica. Segundo Paim (2008), essa trajetória constitui uma das mais relevantes experiências de construção de um campo científico comprometido com a transformação social e com a defesa da saúde como direito.

Contudo, a consolidação institucional da Saúde Coletiva e sua inserção nas universidades e nos órgãos de pesquisa também trouxeram novas contradições e exigências. A busca por reconhecimento científico, a adoção de critérios de avaliação acadêmica, a padronização de métodos e a valorização de determinadas abordagens em detrimento de outras provocaram tensões que colocam em xeque a própria identidade epistemológica da área. Nesse contexto, torna-se imperativo retomar a discussão sobre os fundamentos que sustentam sua cientificidade, suas metodologias e seu objeto de estudo.

Assim, o presente artigo tem como objetivo central refletir criticamente sobre o estatuto epistemológico da Saúde Coletiva, situando sua constituição histórica, suas interfaces disciplinares, seus objetos e métodos, bem como os desafios contemporâneos que perpassam sua produção de conhecimento. A reflexão aqui proposta parte do pressuposto de que a Saúde Coletiva não deve ser vista apenas como uma aplicação de técnicas ou saberes prontos, mas como um campo em constante disputa, construção e reconstrução teórica, que exige um esforço permanente de autocompreensão epistemológica.

A metodologia adotada baseia-se em uma revisão bibliográfica de caráter crítico e reflexivo, com ênfase em autores clássicos e contemporâneos da área da Saúde Coletiva, bem como em referenciais da epistemologia das ciências e da filosofia crítica. A estrutura do artigo compreende, além desta introdução, a análise da constituição histórica e política da Saúde Coletiva; a discussão dos seus fundamentos epistemológicos; uma reflexão sobre seus métodos e objeto; e, por fim, os desafios e perspectivas que marcam o presente e o futuro desse campo.

Com isso, pretende-se contribuir para o fortalecimento do debate epistemológico no interior da Saúde Coletiva, entendendo que uma ciência comprometida com a transformação social deve, antes de tudo, ser capaz de refletir criticamente sobre suas próprias bases, limites e possibilidades. Afinal, como lembra Canguilhem (2009), não há ciência da vida que não esteja, de algum modo, comprometida com a própria vida.

2 A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA SAÚDE COLETIVA

A constituição da Saúde Coletiva enquanto campo científico, político e social no Brasil não se deu de forma espontânea, tampouco neutra. Ao contrário, é o resultado de disputas históricas e de um processo de reorganização das práticas sanitárias frente às limitações da medicina preventiva e da saúde pública tradicional (Almeida Filho. 2000). Sua emergência, particularmente a partir da década de 1970, deve ser compreendida como fruto de um contexto de crise do modelo biomédico hegemônico, da efervescência dos movimentos sociais e da crítica teórica aos modelos reducionistas de saúde, centrados exclusivamente no indivíduo e na doença.

A Saúde Pública, herdeira do higienismo do século XIX, esteve historicamente atrelada ao controle das epidemias, à normatização da vida urbana e à medicalização da pobreza, exercendo um papel estratégico na consolidação do Estado moderno e no controle das populações (Nunes, 1994). Contudo, esse modelo começou a apresentar limitações significativas diante das crescentes demandas sociais por equidade, participação e integralidade do cuidado, especialmente nas décadas de 1960 e 1970, período marcado por profundas transformações econômicas, políticas e culturais no Brasil e no mundo.

No Brasil, a ditadura civil-militar (1964–1985) impôs restrições às liberdades democráticas, mas também promoveu um processo de modernização conservadora que evidenciou as contradições do modelo desenvolvimentista. Nesse cenário, intelectuais, sanitaristas e profissionais de saúde passaram a questionar as estruturas existentes, propondo uma nova forma de pensar a saúde a partir dos determinantes sociais e das necessidades concretas das populações. Segundo Paim (2008), foi nesse contexto que germinou o embrião da Saúde Coletiva, cuja constituição como campo se deu no bojo da luta pela redemocratização e pela reforma sanitária.

A Reforma Sanitária Brasileira, fortemente influenciada pelas ideias do movimento sanitarista e pelo pensamento social latino-americano, configurou-se como uma proposta de transformação estrutural do sistema de saúde, articulando democracia, cidadania e direito à saúde. Conforme Teixeira (1992), a Saúde Coletiva nasce como parte integrante desse movimento, representando uma ruptura teórica e prática com o paradigma biomédico, ao mesmo tempo em que propõe uma nova racionalidade técnico-política centrada na universalização do acesso, na descentralização das ações e na participação popular.

Do ponto de vista institucional, a consolidação da Saúde Coletiva está diretamente relacionada à criação de espaços acadêmicos e políticos que passaram a

abrigar essa nova perspectiva. A fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, foi um marco importante nesse processo, contribuindo para a institucionalização da área no campo científico e para a definição de sua identidade epistemológica. Conforme aponta Nunes (1994), a ABRASCO teve um papel fundamental na articulação entre produção científica, formulação de políticas públicas e mobilização social.

Outro ponto decisivo foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como expressão concreta dos princípios defendidos pela Reforma Sanitária. O SUS, ao assumir a saúde como direito de todos e dever do Estado, representou não apenas uma vitória política, mas também a legitimação institucional de um novo paradigma de saúde, baseado na integralidade, na equidade e na universalidade. Nesse sentido, a Saúde Coletiva, ao mesmo tempo em que influenciou a formulação do SUS, foi também por ele moldada, consolidando-se como campo de intervenção e produção de conhecimento articulado às políticas públicas (Paim, 2008).

Cabe destacar que a Saúde Coletiva não se define apenas por suas práticas ou instituições, mas por uma racionalidade própria, que articula saberes diversos na construção de um objeto complexo: o processo saúde-doença no seu entrelaçamento com as condições de vida, o trabalho, o ambiente, a cultura e a organização social. Como afirma Ayres (2004), o campo da Saúde Coletiva se estrutura a partir de uma tríade: a epidemiologia, as ciências sociais aplicadas à saúde e o planejamento e gestão em saúde. Essa composição heterogênea confere ao campo uma natureza inter/transdisciplinar, que o distingue da medicina tradicional e de outras áreas da saúde.

Contudo, essa pluralidade também impõe desafios epistemológicos e políticos. Como adverte Almeida Filho (2000), a Saúde Coletiva precisa constantemente se afirmar como campo autônomo e crítico, evitando tanto o reducionismo biomédico quanto o ecletismo teórico acrítico. Para isso, é necessário um permanente esforço de reflexão sobre seus fundamentos, seus métodos e sua inserção na sociedade. Assim, a partir do que afirma Paim (2008), a constituição histórica e política da Saúde Coletiva revela não apenas a trajetória de uma área do conhecimento, mas a emergência de uma nova forma de compreender e intervir na realidade social. Trata-se de um campo que nasce do conflito, da crítica e do compromisso com a transformação das condições de vida das populações, e que, por isso mesmo, carrega em sua gênese a marca da resistência e da construção coletiva.

3 FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DA SAÚDE COLETIVA

A consolidação da Saúde Coletiva como campo científico autônomo impõe a necessidade de refletir sobre os seus fundamentos epistemológicos, isto é, sobre as bases teóricas, metodológicas e ontológicas que sustentam sua produção de conhecimento (Canguilhem, 2009). Diferente das disciplinas tradicionais que operam dentro de fronteiras epistemológicas bem definidas, a Saúde Coletiva se constitui como um campo multidimensional, cujo objeto — o processo saúde-doença — é complexo, dinâmico e indissociável das determinações sociais, políticas, econômicas e culturais que estruturam a vida coletiva.

Como destaca Bourdieu (2004), um campo científico se constitui não apenas por um objeto de estudo, mas por um espaço de disputas simbólicas e materiais, onde diferentes agentes — pesquisadores, instituições, práticas, teorias — concorrem pela legitimidade do saber. A Saúde Coletiva, nesse sentido, pode ser compreendida como um campo em construção, marcado por tensões epistemológicas internas que refletem a sua origem plural e a sua vocação crítica. Não se trata de uma ciência “pura” ou neutra, mas de um campo atravessado por compromissos éticos e políticos que desafiam as formas tradicionais de delimitação do conhecimento.

Do ponto de vista epistemológico, Ayres (2004) analisa que a Saúde Coletiva opera numa lógica transdisciplinar que integra, tensiona e reconfigura saberes oriundos da epidemiologia, das ciências sociais e humanas, da filosofia, da administração pública, da educação e da medicina preventiva. Essa configuração epistemológica plural rompe com a dicotomia entre natureza e sociedade, entre objetividade e subjetividade, reconhecendo que os fenômenos de saúde não podem ser compreendidos exclusivamente a partir de variáveis biológicas, mas exigem a consideração dos contextos históricos, das estruturas sociais e das práticas culturais.

Segundo Ayres (2004), a Saúde Coletiva não deve ser vista como uma soma de disciplinas, mas como um espaço teórico-prático que elabora sentidos próprios para o objeto saúde-doença, ressignificando categorias clássicas e produzindo novas formas de inteligibilidade. Essa elaboração envolve uma crítica ativa ao modelo biomédico hegemônico, cuja racionalidade fragmentada reduz o corpo humano a um conjunto de órgãos e funções, dissociando o sofrimento da história de vida, do ambiente e das relações sociais.

A crítica ao reducionismo biomédico é um dos pilares epistemológicos da Saúde Coletiva. Conforme Minayo (2006), esse modelo, centrado na causalidade linear, na objetividade estrita e na exclusão da subjetividade, é insuficiente para

compreender os determinantes sociais da saúde e os significados atribuídos às experiências de adoecimento. A autora propõe a valorização de uma racionalidade complexa, aberta à multiplicidade de métodos e à escuta dos sujeitos, defendendo a articulação entre métodos quantitativos e qualitativos como forma de superar dicotomias artificiais entre ciência e vida.

No plano epistemológico, a Saúde Coletiva também dialoga com os pressupostos do pensamento de Fleck (1979), que introduziu a noção de “coletivos de pensamento” para explicar como a ciência é condicionada por contextos históricos, sociais e culturais. Para Fleck (1979), não existe conhecimento isolado do meio social; toda produção científica é moldada por estilos de pensamento e práticas compartilhadas. A Saúde Coletiva, ao incorporar essa perspectiva, reconhece que o conhecimento em saúde é construído a partir de disputas discursivas e da interação entre diferentes atores sociais, incluindo gestores, profissionais, usuários e movimentos sociais.

Canguilhem (2009), por sua vez, ao discutir o conceito de “normal” e “patológico”, contribui significativamente para a compreensão crítica da saúde enquanto categoria histórica e normativa. Para o autor, não há saúde sem subjetividade, sem valor, sem contexto. Assim, a Saúde Coletiva recupera essa dimensão normativa da saúde, compreendendo-a como expressão da capacidade dos sujeitos de viver e resistir às adversidades, e não apenas como ausência de doença.

Além disso, a perspectiva epistemológica da Saúde Coletiva é marcada por um compromisso ético-político com a transformação das realidades sociais. Conforme Almeida Filho (2000), o campo não se limita a explicar fenômenos, mas busca intervir de forma crítica sobre eles, articulando ciência, política e práxis. Isso implica uma epistemologia engajada, que assume o papel do conhecimento na luta por justiça social, equidade e emancipação dos sujeitos.

É importante destacar que essa postura crítica não significa abdicar da cientificidade, mas sim ampliar o conceito de ciência para incluir dimensões historicamente excluídas, como a subjetividade, a experiência e a cultura. Trata-se de reconhecer que os modos de produzir conhecimento em saúde devem ser coerentes com os princípios que orientam a ação em saúde, como a integralidade, a equidade e a participação (Canguilhem, 2009). Portanto, a partir do que observa Almeida Filho (2000), os fundamentos epistemológicos da Saúde Coletiva repousam sobre três eixos principais: (1) a crítica ao modelo biomédico hegemônico e ao reducionismo positivista; (2) a valorização da complexidade, da interdisciplinaridade e da pluralidade metodológica; e (3) o compromisso ético-político com a transformação social.

4 O OBJETO E OS MÉTODOS DA SAÚDE COLETIVA: UM CAMPO HÍBRIDO

A complexidade intrínseca ao campo da Saúde Coletiva exige uma abordagem epistemológica que reconheça a heterogeneidade de seus objetos e a diversidade de métodos que a constituem. Trata-se de um campo híbrido, caracterizado por múltiplas influências teóricas e metodológicas, que transita entre distintas tradições disciplinares e epistemológicas. Essa característica reflete a natureza do próprio objeto da Saúde Coletiva: o processo saúde-doença-cuidado em sua dimensão coletiva, historicamente situada e socialmente determinada. Assim, pensar o objeto e os métodos da Saúde Coletiva implica compreender o modo como o campo constrói seus problemas, mobiliza diferentes estratégias analíticas e articula intervenções voltadas à transformação das condições de vida da população (Merhy, 2002; Minayo, 2006).

Conforme Minayo (2006, p. 25), o objeto da Saúde Coletiva “é a saúde em sua dimensão social, como construção histórica, como resultante de processos sociais, econômicos, culturais e políticos que envolvem sujeitos individuais e coletivos em determinadas condições de vida”. Tal formulação rompe com o paradigma biomédico tradicional, cuja delimitação do objeto é centrada no corpo individual, na patologia e na relação clínica, e aponta para uma concepção ampliada de saúde, cuja compreensão demanda categorias analíticas oriundas das ciências sociais, da epidemiologia crítica e da filosofia política.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva desloca o foco da doença para os determinantes sociais do processo saúde-doença, o que implica a análise das desigualdades sociais, das condições de trabalho, da habitação, da alimentação, da cultura, do acesso aos serviços e das políticas públicas de saúde. Esse objeto híbrido demanda, portanto, uma abordagem interdisciplinar, que não se encerre nos marcos de uma única tradição científica. Como argumenta Almeida Filho (2000), a Saúde Coletiva se define menos por um objeto fixo e mais por um modo de problematização que articula diferentes dimensões da vida social ao fenômeno da saúde.

O caráter híbrido do objeto da Saúde Coletiva exige, como consequência lógica, a adoção de métodos igualmente múltiplos e complementares. A articulação entre abordagens quantitativas e qualitativas é uma característica distintiva do campo, constituindo não apenas uma estratégia técnica, mas uma posição epistemológica diante da realidade. De acordo com Minayo (1996), o uso integrado de diferentes métodos permite captar a complexidade do fenômeno da saúde em suas múltiplas determinações, superando dicotomias como sujeito/objeto, estrutura/ação e razão técnica/sentido simbólico.

Do ponto de vista da epidemiologia, a Saúde Coletiva incorporou avanços

importantes no campo da estatística, do raciocínio causal e da análise multivariada, mas também criticou suas limitações quando aplicadas de forma reducionista. A chamada “epidemiologia crítica”, conforme Breilh (2003), propõe uma ruptura com o modelo positivista dominante, centrado em regularidades e correlações estatísticas, e defende uma leitura dialética do processo saúde-doença, enfatizando o papel das determinações históricas e estruturais. Essa abordagem busca compreender a causalidade em saúde como um processo complexo e multidimensional, que envolve não apenas fatores individuais, mas mediações sociais, políticas e econômicas.

Por outro lado, os métodos qualitativos têm ganhado centralidade na Saúde Coletiva como instrumentos de acesso ao universo simbólico dos sujeitos, aos significados atribuídos à saúde, à doença, ao cuidado e às práticas terapêuticas. Conforme Camargo Jr. (2005), a abordagem qualitativa não substitui a análise estatística, mas a complementa, oferecendo subsídios fundamentais para a compreensão das subjetividades, das práticas culturais e das formas de resistência dos sujeitos frente às adversidades sociais e institucionais. Trata-se de uma valorização da escuta, da narrativa e da experiência como fontes legítimas de produção de conhecimento científico.

A pluralidade metodológica do campo também se expressa no uso de métodos participativos, como a pesquisa-ação, a pesquisa participante e a cartografia social, os quais promovem uma aproximação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, problematizando a neutralidade científica e assumindo o caráter político do ato de conhecer. Como aponta Merhy (2002), produzir conhecimento em Saúde Coletiva é um ato de implicação com a vida, com os territórios e com os sujeitos que sofrem as consequências das desigualdades sociais.

Essa pluralidade não deve ser interpretada como ausência de rigor, mas como uma ampliação dos critérios de cientificidade, orientada por princípios ético-políticos e por uma concepção crítica de saúde. Como bem resume Schraiber (1996), o rigor na Saúde Coletiva não reside apenas na precisão técnica dos métodos, mas na coerência entre objeto, metodologia, referencial teórico e compromisso social. A cientificidade do campo, portanto, não está subordinada a um modelo único de validação, mas à sua capacidade de interpretar e transformar realidades complexas.

Ademais, o hibridismo do campo da Saúde Coletiva também se manifesta na própria institucionalização do conhecimento, evidenciada pela diversidade de programas de pós-graduação, revistas científicas, linhas de pesquisa e práticas profissionais. Essa estrutura institucional reflete e reforça a natureza multifacetada do campo, ao mesmo tempo em que coloca desafios à sua consolidação epistemológica. Conforme Ayres (2004), é necessário evitar tanto o ecletismo teórico descomprometido quanto o dogmatismo metodológico, buscando sempre uma

articulação crítica e reflexiva entre os diversos saberes.

Portanto, o objeto da Saúde Coletiva – entendido como o processo saúde-doença-cuidado em sua dimensão coletiva, histórica e política – exige métodos que estejam à altura de sua complexidade (Almeida Filho, 2000). A adoção de múltiplas estratégias metodológicas, a articulação entre diferentes tradições científicas e o compromisso com a transformação social constituem marcas fundantes do campo, assumindo-se como campo híbrido, desafiando as fronteiras disciplinares tradicionais e propondo uma nova racionalidade científica, ética e política.

5 DESAFIOS EPISTEMOLÓGICOS CONTEMPORÂNEOS: UMA DISCUSSÃO CRÍTICO-REFLEXIVA

Conforme argumenta Almeida Filho (2011), o campo da Saúde Coletiva se constitui como uma área híbrida e transdisciplinar, que enfrenta desafios epistemológicos que se intensificam no contexto contemporâneo, marcado por mudanças sociais, tecnológicas, ambientais e políticas profundas. Tais desafios não se limitam à redefinição dos objetos de estudo ou à revisão de métodos científicos tradicionais, mas englobam a necessidade de repensar criticamente os fundamentos do conhecimento científico em saúde. Esse processo reflexivo exige uma abordagem crítica sobre a produção, circulação e validação do saber, questionando os paradigmas hegemônicos e abrindo espaço para epistemologias alternativas, plurais e situadas.

A emergência de novas formas de adoecimento, os impactos das transformações ecológicas, o avanço das biotecnologias, o crescimento das desigualdades sociais e as novas formas de subjetivação colocam em xeque os referenciais teóricos herdados da tradição biomédica moderna (Ayres, 2004). A Saúde Coletiva, ao contrário da Medicina tradicional centrada na clínica individual, busca compreender os processos de saúde-doença a partir de múltiplas determinações, incorporando variáveis sociais, econômicas, culturais, ambientais e políticas. Como destaca Minayo (2006), trata-se de uma ciência social aplicada à saúde que requer um esforço constante de síntese entre distintas racionalidades e práticas discursivas.

Nesse sentido, um dos principais desafios epistemológicos contemporâneos reside na superação do paradigma positivista, ainda dominante em grande parte da produção científica em saúde. O positivismo, ao privilegiar a quantificação, a objetividade e a neutralidade, desconsidera as dimensões subjetivas, históricas e contextuais do fenômeno saúde-doença. Tal limitação já foi criticada por autores clássicos como Kuhn (1978), que evidenciou o papel dos paradigmas científicos na construção do conhecimento e a impossibilidade de uma ciência completamente objetiva. Na Saúde Coletiva, essa crítica se traduz na busca por uma ciência mais

reflexiva, crítica e comprometida com a transformação social.

Ademais, a fragmentação disciplinar constitui outro obstáculo epistemológico relevante. Como salienta Almeida Filho (2011), a ciência moderna foi construída com base na especialização e na separação de saberes, o que dificulta a apreensão de fenômenos complexos, como os que envolvem o campo da saúde. A Saúde Coletiva demanda, por sua própria natureza, uma abordagem interdisciplinar ou transdisciplinar que integre conhecimentos oriundos das ciências biomédicas, sociais, humanas e ambientais. Contudo, essa integração não é trivial, exigindo a construção de linguagens comuns, a negociação de métodos e a valorização de formas distintas de saber.

A valorização das epistemologias do Sul, conforme proposto por Santos (2010), constitui um dos caminhos possíveis para responder a tais desafios. Santos propõe uma ecologia de saberes que reconhece e legitima formas de conhecimento historicamente marginalizadas, como os saberes indígenas, tradicionais, populares e afrodescendentes. No contexto da Saúde Coletiva, isso implica considerar as práticas de cuidado e cura desenvolvidas fora dos sistemas biomédicos convencionais, reconhecendo sua eficácia, racionalidade e valor cultural. Essa proposta encontra ressonância em estudos como o de Langdon e Diehl (2007), que discutem o diálogo entre saberes tradicionais e saberes científicos na atenção à saúde de povos indígenas.

Outro aspecto relevante diz respeito à crise da autoridade científica no contexto contemporâneo. O aumento da desinformação, a desconfiança nas instituições científicas e o negacionismo científico colocam em xeque os modos tradicionais de legitimação do conhecimento. Frente a esse cenário, a Saúde Coletiva precisa desenvolver estratégias de comunicação e de engajamento com a sociedade, promovendo a educação crítica e a participação popular na produção do conhecimento. Como defendem Freire (1987) e Schraiber (2005), o saber científico deve estar a serviço da emancipação humana e não da reprodução de desigualdades.

Além disso, é necessário refletir sobre os limites ético-epistemológicos do uso das tecnologias digitais e da inteligência artificial no campo da saúde. Embora essas ferramentas possam ampliar o acesso a informações e serviços, elas também carregam riscos relacionados à vigilância, à desumanização do cuidado e à reprodução de vieses discriminatórios. De acordo com o entendimento de Ayres (2004), a crítica epistemológica contemporânea deve, portanto, problematizar o entusiasmo tecnocrático, promovendo um debate ético sobre os usos e abusos da tecnologia no cuidado à saúde.

Por fim, a Saúde Coletiva enfrenta o desafio de articular produção científica, intervenção prática e transformação social. Como argumenta Ayres (2004), é preciso superar a dicotomia entre teoria e prática, entre ciência e ação, adotando uma

postura reflexiva e dialógica que permita construir conhecimentos comprometidos com a equidade, a justiça social e o bem comum. Tal perspectiva requer, entre outros elementos, a ampliação das formas de avaliação da produção científica, valorizando a relevância social, o impacto coletivo e o diálogo com os sujeitos envolvidos nos processos de saúde.

Logo, é possível refletir que os desafios epistemológicos contemporâneos da Saúde Coletiva não se restringem à adoção de novos métodos ou teorias, mas envolvem uma transformação mais profunda dos modos de conhecer, ensinar e intervir. Minayo (2006) reflete que a transformação da Saúde Coletiva demanda coragem intelectual, abertura ao pluralismo epistêmico e compromisso ético com os sujeitos e coletividades envolvidas. Nesse sentido, a sua contribuição como campo científico e social vai além da sua superação de iniquidades em saúde, mas também para a construção de uma ciência mais democrática, inclusiva e comprometida com a vida em sua complexidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise crítica sobre o campo da Saúde Coletiva permite compreender a complexidade e a riqueza epistemológica de uma área em constante construção, cujos contornos teóricos e práticos se entrelaçam em múltiplas dimensões. Conforme discutido ao longo deste trabalho, a Saúde Coletiva não pode ser apreendida unicamente por uma ótica biomédica tradicional, pois seu objeto é constituído por processos históricos, sociais, culturais, políticos e econômicos que ultrapassam a lógica da doença e da cura.

O reconhecimento da Saúde Coletiva como um campo híbrido, conforme apontado por Mendes-Gonçalves (1994), Minayo (2004) e Paim (2006), exige uma abordagem teórico-metodológica plural e dialógica. Essa pluralidade, longe de representar um obstáculo, é uma potência epistemológica que permite o enfrentamento das múltiplas determinações que incidem sobre os processos de saúde e doença. A articulação entre saberes oriundos das ciências sociais, das ciências da saúde, da filosofia e da epidemiologia crítica configura um espaço fértil para a produção de conhecimentos mais sensíveis às realidades vividas pelos sujeitos e coletividades.

Os métodos da Saúde Coletiva, nesse sentido, também refletem essa complexidade. A utilização de abordagens qualitativas e quantitativas, bem como a valorização dos estudos interdisciplinares e participativos, revelam um compromisso não apenas com a cientificidade, mas também com a transformação social. Essa perspectiva está alinhada com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira, que estabeleceu a saúde como direito universal e dever do Estado, conforme

inscrito na Constituição de 1988. Tal orientação política e ética evidencia que a produção científica em Saúde Coletiva não pode estar dissociada dos interesses das classes populares e das lutas por justiça social.

Ademais, a discussão sobre os desafios epistemológicos contemporâneos da Saúde Coletiva traz à tona tensões importantes. Em um contexto de crescente mercantilização do conhecimento, da fragmentação disciplinar e do negacionismo científico, há um risco real de enfraquecimento das bases críticas e emancipadoras do campo. Como adverte Schraiber (1997), é necessário resgatar a densidade teórica do debate sobre o objeto da Saúde Coletiva, evitando reducionismos que comprometam sua complexidade.

Outro desafio contemporâneo relevante é o avanço das tecnologias digitais e da inteligência artificial no campo da saúde. Embora essas inovações tragam potencialidades para o monitoramento, diagnóstico e tratamento, sua incorporação deve ser orientada por uma reflexão ética e política, que considere as desigualdades no acesso e os riscos de aprofundamento das exclusões. A tecnociência, se não for mediada por uma crítica social consistente, pode contribuir para uma medicalização ainda mais intensa dos processos sociais, deslocando o foco das determinações estruturais da saúde.

É nesse cenário que a Saúde Coletiva reafirma sua vocação crítica e transformadora. O diálogo com epistemologias do Sul, como propõe Santos (2010), com os saberes indígenas e tradicionais, e com os movimentos sociais, amplia o horizonte do campo, permitindo a construção de práticas e políticas mais equitativas, inclusivas e culturalmente adequadas. Tais articulações apontam para a necessidade de uma ciência engajada, comprometida com a vida em sua plenitude e com a defesa do bem comum.

Portanto, é fundamental que a Saúde Coletiva se mantenha vigilante quanto às ameaças à sua autonomia teórica e política. A defesa da interdisciplinaridade, da integralidade e da participação social não pode ser apenas um discurso retórico, mas deve se concretizar nas práticas de formação, pesquisa e intervenção. Somente assim será possível consolidar um campo de saber que, mais do que descrever ou explicar realidades, contribua ativamente para sua transformação.

Posto isto, as reflexões apresentadas reafirmam a importância de compreender a Saúde Coletiva como um campo em permanente disputa epistemológica, metodológica e política. Sua força reside justamente em sua capacidade de articular saberes diversos, dialogar com a realidade concreta e promover ações coletivas voltadas à justiça social e ao direito à saúde. Nesse sentido, compreende-se que a superação dos desafios contemporâneos depende, assim, do fortalecimento de uma ciência crítica, solidária e comprometida com a dignidade humana, atuando como um campo que dialoga entre o científico, o político e o social.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Da saúde pública à saúde coletiva: elementos para uma crítica epistemológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000200002.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004.
- BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Unesp, 2004.
- BREILH, J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. O sujeito na pesquisa em saúde: entre a tradição científica e a questão ética. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627–636, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300015.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 1979.
- FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana Elvira. Participação e diálogo intercultural: desafios para a atenção à saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 7, p. 1696–1704, 2007.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MERHY, E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. In: NUNES, E. D. *Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 11–33.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Política e gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23–43.
- SCHRAIBER, L. B. A construção do saber em saúde coletiva: um comentário epistemológico. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 1996. p. 73–88.
- TEIXEIRA, S. F. O movimento sanitário dos anos 70: um estudo de sua formação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 35, p. 19–26, 1992.

2

GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: análise propedêutica

*HEALTH SURVEILLANCE MANAGEMENT:
propaedeutic analysis*

Resumo

O presente estudo tem como objetivo, descrever e discutir sobre os desafios e atuação da Vigilância em Saúde na atualidade em seus diversos âmbitos de ação, sendo eles: vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; vigilância em saúde ambiental e a vigilância da saúde do trabalhador. Para isso, realizou-se uma revisão narrativa efetivada de maneira não sistemática no período de março a abril de 2022. As buscas se basearam na seguinte pergunta norteadora: Quais os desafios e objetivos da Vigilância em Saúde Pública, considerando todas as subáreas de atuação? A investigação bibliográfica foi realizada nas bases de dados Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Pubmed e Google Acadêmico, finalizada com uma busca manual nas listas de referências dos trabalhos elegidos. A busca compreendeu os seguintes descritores: vigilância em saúde pública; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; vigilância em saúde ambiental; vigilância da saúde do trabalhador. Foram incluídos na investigação artigos originais, de revisão e literatura cinzenta no idioma português. Nesse sentido, os resultados evidenciaram que as ações da Vigilância em Saúde são responsáveis pelo conhecimento para a ação e a intercessão que amortizem riscos e propiciem a saúde nos territórios, conectada às Redes de Atenção à Saúde. Este desempenho essencial do SUS tem sido chamado a guiar sua ação ponderando os complexos acontecimentos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que produzem o nível e a qualidade da saúde da sociedade. Assim, é imprescindível que a Vigilância em Saúde se reconheça na agenda da determinação social da saúde originando para si a constituição de conhecimentos e práticas transdisciplinares e transsetoriais. Assim sendo, espera-se que este estudo colabore para a discussão inesgotável a respeito das perspectivas pertinentes às práticas na esfera da Vigilância em Saúde, que, por sua vez, se implantam em um Estado que é transformado pela relação de forças históricas e sociais. Logo, esse não é um assunto exclusivamente de domínio gerencial, mas também federativo e de coordenação do trabalho, o que deposita na arena o refletir de conteúdos e de maneiras da organização do trabalho, de habilidades e táticas de intercessão, na acepção de superar seus principais desafios na direção do melhor funcionamento do Sistema.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde; Sistema Único de Saúde; Descentralização.

Abstract

The present study aims to describe and discuss the challenges and performance of Health Surveillance today in its various areas of action, namely: epidemiological surveillance; health surveillance; environmental health surveillance and worker health surveillance. For this, a narrative review was carried out in a non-systematic way from March to April 2022. The searches were based on the following guiding question: What are the challenges and objectives

of Public Health Surveillance, considering all sub-areas of action? The bibliographic research was carried out in the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), Pubmed and Google Scholar databases, ending with a manual search in the reference lists of the selected works. The search comprised the following descriptors: public health surveillance; epidemiological surveillance; health surveillance; environmental health surveillance; worker health surveillance. Original, review and gray literature articles in Portuguese were included in the investigation. In this sense, the results showed that the actions of Health Surveillance are responsible for knowledge for action and intercession that mitigate risks and promote health in the territories, connected to the Health Care Networks. This essential performance of the SUS has been called upon to guide its action, considering the complex economic, environmental, social and biological events that produce the level and quality of society's health. Thus, it is essential that Health Surveillance be recognized in the agenda of the social determination of health, originating for itself the constitution of transdisciplinary and transsectoral knowledge and practices. Therefore, it is expected that this study will contribute to the inexhaustible discussion about the pertinent perspectives to practices in the sphere of SV, which, in turn, are implanted in a State that is transformed by the relationship of historical and social forces. Therefore, this is not exclusively a matter of managerial domain, but also federative and work coordination, which places in the arena the reflection of contents and ways of organizing work, skills and tactics of intercession, in the sense of overcoming their main challenges in the direction of the better functioning of the System.

Keywords: Health Surveillance; Health Unic System; Decentralization.

1 INTRODUÇÃO

Os progressos do sistema de saúde possuem vínculo com a maior operação estatal no domínio do que afeta a saúde da sociedade civil. Os Estados se organizaram para atender as adversidades de saúde dos sujeitos e da coletividade, concretizando sistemas voltadas à proposta de atos de saúde designadas ao tratamento e reabilitação, assim como à precaução de enfermidades e agravos e demarcação de regulamentos para o desempenho da esfera produtiva de mantimentos, medicamentos, bens e serviços de saúde ou de assistência do meio ambiente (LOBATO; GIOVANELLA, 2013; SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017).

Nesse sentido, destaca-se que uma das principais inflexões no sistema de saúde brasileiro se deu com o movimento da Reforma Sanitária, cujo ponto principal foi a concretização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que debateu a saúde como direito e esboçou seu futuro. Ao estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei 8080/1990 determinou as vigilâncias sanitária e epidemiológica e a saúde do

trabalhador. A Constituição Cidadã, em conformidade com a atualidade, onde a maior assistência à saúde se dá quando congregada como direito de cidadania, constitui o direito à saúde como direito constitucional e um dos modos de exercer o dever do Estado, é a elaboração e execução de políticas tornadas à diminuição do risco e à proteção da saúde (BRASIL, 1990).

As obrigações de amparo a serem efetivadas depararam-se introduzidas no leque de ações da esfera da saúde. Sua concretude se dá por leis penais de tutela de domínios jurídicos conexos como vida, integridade física, ambiente, Saúde Pública e por preceitos administrativos do âmbito da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e da Saúde do Trabalhador (TEIXEIRA *et al.*, 2018). O amparo à saúde sugere o direito de cidadania e carece da ação dos Estados Nacionais na garantia do seu acesso, de maneira universal, e a regulamentação daquilo que intervém na saúde da comunidade, ponderando que esta não é mercadoria ou mero objeto de benesse (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Cabe destacar que a Portaria 3.252/2009 passa a apresentar o arranjo da vigilância em saúde como sendo: vigilância epidemiológica; promoção da saúde; vigilância da situação de saúde; vigilância em saúde ambiental; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária (BRASIL, 2009). Ainda, a Portaria 1.378/2013 especifica estas prerrogativas nas seguintes séries: vigilância da situação de saúde da sociedade, com a elaboração de diagnósticos que auxiliem a estruturação, organização de prioridades e táticas, monitoramento e avaliação das intervenções de saúde pública; identificação adequada e emprego de medidas apropriadas para a resposta às emergências de saúde pública; vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos desastres e violências; vigilância de comunidades expostas a riscos ambientais em saúde; vigilância da saúde do trabalhador; vigilância sanitária dos riscos resultantes da cultivo e do emprego de produtos, ofícios e tecnologias de interesse à saúde; e outras ações de vigilância que, de modo rotineiro e metódico, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos múltiplos graus de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade (BRASIL, 2009).

Oliveira e Cruz (2015) ainda complementam que no Brasil, as vigilâncias sanitárias, epidemiológica, ambiental, e em saúde do trabalhador compõem práticas sanitárias que, em seu conjunto, propendem promover, prevenir e proteger a saúde da sociedade. Erigidas em processos distintos e com aspecto em institucionalidades diversas, as vigilâncias foram deliberadas, por força de portaria ministerial, como complementares da chamada Vigilância em Saúde.

Dessa maneira, Lopes-Junior *et al.* (2021), afirmam que a Vigilância em Saúde enquanto molde de atenção caracteriza-se pela intercessão sobre enigmas de saú-

de, ênfase naqueles que demandam atenção e assistência contínuas, instrumentalização do conceito de risco, articulação entre as ações de promoção, prevenção e assistenciais, com desempenho intersetorial e sobre determinada região. Logo, a vigilância em saúde estima a regionalização e a hierarquização dos serviços, tentando dar conta do princípio da integralidade.

Atualmente, no bojo do desenvolvimento das práticas assistências um respeitável progresso no campo da vigilância foi a publicação da Política Nacional de Vigilância em Saúde - deliberada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 588 no ano de 2018 - que a institui como política pública de Estado primordial ao SUS, de encargo específico do poder público e possui como escopo deliberar os princípios, as diretrizes e as táticas a serem analisadas pelos três campos de gestão do SUS (BRASIL, 2018). A Resolução determina a Vigilância em Saúde como uma ação consecutiva e extensa de coleta, análise e compartilhamento de informações pertinentes à saúde, com a finalidade de implementar medidas de saúde pública para assistência e promoção da saúde e precaução de agravos e enfermidades (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, questionou-se “Como tem sido a atuação da Vigilância em Saúde em suas diversas subáreas? Para tanto, objetivou-se neste ensaio teórico, descrever e discutir sobre os desafios e atuação da Vigilância em Saúde na atualidade em seus diversos âmbitos de ação, sendo eles: vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; vigilância em saúde ambiental e a vigilância da saúde do trabalhador

2 MATERIAIS E MÉTODO

Pretendendo responder o objetivo estabelecido no presente estudo, foi realizada uma revisão narrativa. Os artigos de revisão narrativa são publicações com a intenção de descrever e discutir o estado da arte de um determinado tema (ROTHER, 2007). Visto a amplitude da temática e a dificuldade em constituir uma pergunta de pesquisa concisa, a revisão narrativa foi empregada por permitir uma discussão ampliada.

A revisão foi efetivada de maneira não sistemática no período de fevereiro a abril de 2022. As buscas se basearam na seguinte pergunta norteadora: Quais os desafios e objetivos da Vigilância em Saúde Pública, considerando todas as subáreas de atuação? A investigação bibliográfica foi realizada nas bases de dados Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Pubmed e Google Acadêmico, finalizada com uma busca manual nas listas de referências dos trabalhos elegidos. A busca compreendeu os seguintes descritores: vigilância em saúde pública; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; vigilância em

saúde ambiental; vigilância da saúde do trabalhador. Foram incluídos na investigação artigos originais, de revisão e literatura cinzenta no idioma português.

As revisões narrativas são apontadas como de menor proeminência científica devido à escolha arbitrária de artigos e por estar sujeita a viés de escolha (ROTHER, 2007; CORDEIRO *et al.*, 2007). Entretanto, são consideradas primordiais para subsídios na discussão de certas temáticas, estabelecendo demandas e contribuindo para a atualização de informações (ROTHER, 2007).

Ponderando as temáticas pertinentes à pergunta norteadora, os resultados foram subdivididos em quatro seções segundo as subáreas da Gestão da Vigilância em Saúde. Na primeira apresenta-se a conjuntura e as principais observações sobre a vigilância epidemiológica. Na segunda seção identificam-se os principais desafios relacionados a vigilância sanitária. Na terceira, a vigilância em saúde ambiental e, por fim, na quarta seção a vigilância em saúde do trabalhador. Nas considerações finais são preconizadas algumas perspectivas para a discussão sobre a gestão da vigilância em saúde e suas subáreas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Vigilância epidemiológica

O vocábulo “vigilância” tem sido elemento de remarcações com acepções internacionalmente reconhecidas, em que pese a expressiva importância da finalidade das suas práticas. Desde a Idade Média e até os séculos XVII e XVIII, o termo “vigilância” era relacionado as ideias de isolamento e quarentena. Entretanto, a vigilância como “ferramenta de saúde pública” despontou no final do século XIX, com o incremento da microbiologia. O seu exercício, em todo o mundo, baseava-se nas denominadas doenças pestilenciais, como a varíola e a febre amarela, e à implementação de medidas “polícialescas” (WALDMAN, 1998).

O trajeto da vigilância epidemiológica no Brasil e em diversos outros países esteve bastante próxima às doenças transmissíveis. Até a década de 1940, a expressão vigilância era utilizada sobretudo com o desígnio de observação sistemática de contatos de doentes, contudo adquiriu um sentido mais vasto nos anos de 1950, o de acompanhamento sistemático de episódios adversos à saúde, com a finalidade de aperfeiçoar as formas de domínio, conformando a noção de vigilância epidemiológica (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Dessa maneira, a partir desse período, a vigilância epidemiológica tornou-se assunto central de importantes discussões na esfera da saúde pública, passando a ser reconhecida como um papel primordial e estratégico (WALDMAN, 1998).

Com a concretização da XXI Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1968,

o Centro de Investigações Epidemiológicas foi inserido no Brasil, constituindo-se como o primeiro Sistema Nacional de Notificação Semanal de Doenças. Apesar disso, o entendimento de vigilância epidemiológica enquanto conhecimento para ação só veio a ser incorporada oficialmente no País na década de 1970 com a concepção do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), incentivada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas) (WAKIMOTO, 1997).

A concepção desse preceito, que teve como objetivo central o domínio das doenças transmissíveis, em particular aquelas com elevado poder de dispersão, mostrou-se de essencial importância para a vigilância epidemiológica no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde, afastando os municípios, que não desempenhavam a função de gestores do sistema de saúde naquele período (MALTA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, progressos expressivos na competência de resposta aos problemas de saúde foram observados, como, por exemplo, o avanço na performance do Programa Ampliado de Imunização, contudo o SNVE foi, também, o marco de dissociação da vigilância epidemiológica em relação à vigilância sanitária (SILVA *et al.*, 2021). Embora as funções de ambas as vigilâncias terem sido expandidas e redefinidas, originando, até mesmo, inter-relações entre as duas estruturas, notou-se uma ação de autonomização dessas práticas no SUS.

Já nos anos de 1990, foi estabelecido o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), ligado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), originando para a esfera da vigilância epidemiológica um relevante conhecimento no controle de doenças e agravos inesperados à saúde. Nessa ocasião, os desígnios, as táticas e as ações da vigilância epidemiológica foram redefinidas nas três instâncias de gestão do sistema com a vantagem de reforçar transformações, tendo sido idealizada sua definição na Lei Orgânica 8.080/90 como:

[...] um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos (BRASIL, 1990, p. 3).

Ainda na década de 1990, a consolidação de sistemas municipais de vigilância epidemiológica recebeu evidência com o implemento da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96), pela qual se constituiu que esses sistemas necessitariam ser dotados de autonomia técnico-gerencial para ressaltar os problemas de saúde convenientes de seus referentes campos de atuação. Foi

em 1999, entretanto, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.399, que incidiu a regulamentação quanto às aptidões da União, dos estados e dos municípios no campo de epidemiologia e no controle de doenças, induzindo-se a efetiva descentralização de suas ações para estados e municípios, processo que progrediu ligeiramente no País. Essa ferramenta normativa regulamentou também o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), estrutura de transferência fundo a fundo de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios (BRASIL, 1996; BRASIL, 1999).

A partir desse momento, a descentralização das atividades de controle de doenças para os municípios concebeu admirável ampliação e capitalização das ações. Subjacente à reorganização do sistema de saúde brasileiro, a vigilância epidemiológica logrou respeitáveis progressos, especialmente com a incorporação de outros elementos de vigilância, além das antigas doenças de notificação compulsória, tais como as demandas nutricionais, os fatores ambientais, a saúde mental, as afinidades entre saúde e trabalho, a violência e a vigilância de fatores de risco, impulsionado sobretudo pela OMS e Opas (WALDMAN, 1998).

3.2 Vigilância Sanitária

O termo Vigilância Sanitária (VS) é próprio do Brasil, mas atos de regulação e VS são exercícios universais (SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018). Segundo Rosen (1994) em todos os períodos existiram interferências do poder de autoridade sobre as práticas de cura, os medicamentos, os alimentos, a água, o ambiente. Dessa forma, a VS compõe um ambiente institucional, historicamente determinado e compõe a Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento e esfera de práticas. Cabe-lhe ampliar ações estratégicas no sistema de saúde, regulação sanitária das atividades pertinentes ao circuito produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, do âmbito privado e público. Sua performance se conecta ao desenvolvimento científico e tecnológico e processos políticos que transcorrem o Estado, o mercado e as sociedades no campo nacional e internacional (SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018).

Dentro desse contexto, a fundação de ações regressadas para VS nasceu no Brasil com o advento da Corte Portuguesa, em 1808, e tinham o desígnio de executar o controle sanitário dos produtos a serem negociados e consumidos, além dos estabelecimentos comerciais; de combater o alastramento de enfermidades, especialmente as epidêmicas; de solucionar assuntos de saneamento; e de fiscalizar o exercício profissional no campo da saúde (COSTA; ROZENFELD, 2000).

No ano de 1832, o seu desempenho recebeu contornos mais determinados com o código de posturas do Rio de Janeiro, no qual se estabeleceram normas para

a prática da medicina e da farmácia, assim como para o controle de medicamentos e de alimentos. Cerca de sessenta anos depois, mais precisamente em 1889, regularizou-se a profissão de polícia sanitária nas administrações regionais mediante a adoção de regulamentos para evitar o desenvolvimento de epidemias, mas foi em 1914 que se estabeleceu a diretoria geral de saúde pública, com destaque nas ações de vigilância e polícia sanitária nos portos, residências e lugares públicos (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). A partir desse período, múltiplas instituições foram criadas e muitas leis e normas constituídas, provocando intensas transformações em sua percepção, na estrutura e na maneira de ação institucional (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Cabe evidenciar que foi apenas a partir da década de 1970 que a VS começou a se exibir de maneira mais concreta ao campo de saúde com a concepção da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/MS) durante o processo de reformulação do Ministério da Saúde. Foi também nesse período que aconteceu a alteração da nomenclatura ‘fiscalização’ para ‘vigilância’, em que a VS ampliou o seu campo de atuação, antes proposto especialmente ao controle e punição (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Na contemporaneidade, a VS depara-se coligada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), destacando-se que esse processo teve lugar após intensos debates e disputas na década de 1980. A Anvisa emergiu em 1999 e colocou a VS em outro caminho, passando a conduzir as atividades concebidas para o Estado como papel de guardião dos direitos do consumidor e como provedor das condições de saúde da sociedade. Essa agência tem por desígnio institucional requerer a proteção da saúde da população, por intercessão do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, até mesmo dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles pertinentes (DUBEUX *et al.*, 2020).

No Brasil atualmente, estão sob VS alimentos; remédios; produtos biológicos – vacinas, hemoderivados, órgãos e tecidos para transplantes; produtos médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais, órteses e próteses; saneantes; produtos de higiene, perfumes e cosméticos; serviços de saúde e pertinentes à saúde; controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras (SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018).

Todo produto, conteúdo, procedimento ou serviço direta ou indiretamente conexo à saúde pode ser elemento de intercessão, cuja vigilância estabelece informações de distintas disciplinas especializadas do campo da saúde e outras, como o Direito, que se proferem em um conjunto constituído de práticas técnicas e políticas, de classe multiprofissional e interinstitucional volvidas à proteção da saúde (SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017). Nesse sentido, a finalidade da VS é abolir, dimi-

nuir e prevenir riscos à saúde intrínsecos à produção e ao emprego de produtos e serviços de interesse da saúde ou às condições de seus espaços.

3.3 Vigilância em saúde ambiental

Devido às extensões continentais e diversidade paisagística, o Brasil refugia uma multiplicidade de paisagens que acondicionam em maior ou menor grau a existência de atmosferas suscetíveis a riscos, agravos e enfermidades. Os múltiplos tipos de uso do solo, adjuntos às diferentes condições ambientais (clima, relevo, vegetação, disponibilidade hídrica), são encarregados por configurações territoriais que induzem de modo direto a saúde das populações humanas. Do sul ao norte do país, visualiza-se o nascimento, reaparecimento e constância de determinados agravos à saúde, que estão inteiramente relacionados ao ambiente, compreendido aqui como o meio natural e produzido no qual a sociedade vive em constante processo de transformação (BEZERRA, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

Para a informação das circunstâncias de risco à saúde resultantes de atuantes danosos presentes no ambiente, faz-se imprescindível a ampliação de abordagens correspondentes ao entendimento dos procedimentos que são intrínsecos à complexidade desses sistemas. Nelas, é primordial unificar a percepção dos sujeitos sobre as temeridades e sobre o processo saúde-doença (BEZERRA, 2017).

O âmbito da saúde tem integrado mais ativamente dessa discussão enfocando não apenas o cuidado dos sujeitos abrangidos por patologias, mas também ponderando os riscos ambientais a que essas populações estão expostas (BEZERRA, 2017). Elucidamos essa participação pela concepção da Vigilância em Saúde Ambiental pelo Ministério da Saúde, no ano 2000.

Anterior a instauração da Vigilância em Saúde Ambiental, o Brasil já vinha debatendo políticas públicas, propendendo associar as áreas da saúde e do meio ambiente. Um arquétipo disso foi a constituição do Plano Nacional de Saúde e Ambiente para o Desenvolvimento Sustentável, preparado em 1997, após um processo regionalizado de consulta à sociedade técnico-científica e à comunidade civil organizada. A partir desse plano, foi organizada uma sugestão para a Política Nacional de Saúde Ambiental. O documento, preparado em oficinas de trabalho pelo Ministério da Saúde, foi finalizado em 1999, contudo não foi concretizado (AUGUSTO, 2004).

Para o Ministério da Saúde:

A vigilância em saúde ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde huma-

na, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde (BRASIL, 2009, p. 224).

Destarte, a vigilância ambiental opera caracterizando os agravos presentes no ambiente e a afinidade destes com a sociedade acometida pelas suas implicações, de forma a instituir processos para abolir as fontes determinantes de inquietação ou, pelo menos, ordenar atuações para tornar mínimo seus impactos adversos (JORCELINO; REZENDE; SILVA, 2020).

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2002), entre os objetivos da vigilância em saúde ambiental estão: (1) produzir, integrar, processar e interpretar elementos a serem disponibilizadas ao SUS, que sirvam como ferramentas para o projeto e cumprimento de ações respectivas às atividades de promoção da saúde e prevenção e controle de doenças pertinentes ao meio ambiente; (2) constituir parâmetros, atribuições, metodologias e ações relacionadas à vigilância ambiental nos distintos níveis de competência; (3) identificar os riscos e divulgar os subsídios alusivos aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e de outros agravos à saúde; (4) originar ações de proteção à saúde pertinentes ao controle e recuperação do meio ambiente; (5) reconhecer e incitar o intercâmbio entre ambiente, saúde e desenvolvimento a fim de fortalecer a participação da sociedade na promoção de saúde e qualidade de vida.

Para que os objetivos da vigilância ambiental sejam concretizados, torna-se necessário o emprego de algumas ferramentas e técnicas, como epidemiologia ambiental, avaliação e gerenciamento de riscos, apontadores de saúde e ambiente, sistema de dados em vigilância ambiental e incremento de investigações no campo de saúde e ambiente (BRASIL, 2002).

Dentre as ferramentas mencionados, a avaliação e o gerenciamento de riscos são essenciais na conjuntura da saúde ambiental e em específico na idealização e gestão das ações de vigilância. Para auxiliar esse planejamento, é imperativo compreendê-lo de maneira processual, de forma que as informações geradas no território e materializados nos sistemas de informação amparem na manutenção ou redefinição de novas táticas a serem determinadas pelos gestores (BEZERRA, 2017).

Segundo Maciel Filho *et al.* (1999), a vigilância em saúde ambiental deve ser vista como um processo ininterrupto de coleta de informações e análise de dados sobre saúde e ambiente, com a finalidade de guiar ações de controle dos fatores ambientais que intervêm na saúde e colaboram para a acontecimento de doenças e agravos. Barcellos e Quitério (2006), ressaltam ainda que incumbe à vigilância ambiental averiguar o conjunto de fatores ambientais que operam sobre a população e as afinidades sociais que estruturam estes fatores. Essas relações são complexas,

e de acordo com a história arquitetadas e intercedidas por fatores sociais, econômicos e culturais.

Quanto aos fatores de risco ambiental trabalhados pela vigilância, exibem-se os presentes no meio físico-biológico (água, ar, solo, flora e fauna) e no meio socioeconômico (sociedade, moradia, situação econômica, infraestrutura urbana, serviços de saúde, saúde do trabalhador, proteção dos alimentos e alvarás de funcionamento e estimativa de impactos ambientais em saúde), além das informações alusivas ao perfil de saúde da população (subsídios de morbidade, mortalidade e vigilância epidemiológica) (BRASIL, 2002).

O gerenciamento de riscos, por sua vez, incide na escolha e implementação de táticas para o domínio e prevenção. Entre as táticas empregadas, destacam-se: regulamentação, emprego de tecnologias de controle e remediação ambiental, diagnóstico de custo-benefício, aceitabilidade de riscos e análise de seus impactos nas políticas públicas (BRASIL, 2002).

Mesmo com a separação operacional entre fatores de risco biológicos e não biológicos, constituída na Secretaria de Vigilância Ambiental, torna-se indispensável um compartilhamento teórico-metodológico por meio de um desenho organizacional, pelo qual se aceite que as ações aconteçam articuladas e conectadas com as demais ferramentas das vigilâncias. Essa conformação poderá consentir uma abordagem mais expandida dos problemas ambientais, que possuem na sua ascendência diversos fatores que interagem e são interdependentes, para dar conta da integralidade na proteção contra os riscos (ROHLFS *et al.*, 2011).

3.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) se distinguem como ações sociais de interferência em circunstâncias em que as condições de trabalho comprometem a saúde de maneira negativa, acendendo incidentes ou desencadeando processos de adoecimento. Essas atuações têm um teor partilhado pela sociedade, que motiva as situações de trabalho que são passíveis de uma intercessão sanitária e em que conjuntura socioambiental é possível a ação da Visat (VASCONCELLOS, 2018).

A Visat é uma ocupação exercida por atores diversos externos e internos aos domínios das empresas e das atividades particulares de determinado trabalho. Trata-se de uma ocupação desempenhada por múltiplas instâncias que se ocupam do domínio direto ou indireto da regulação do impacto na saúde das ações de trabalho. As instituições de governo, por meio de seus órgãos administrativos que fazem parte desse processo social, estão longe de ser os maiores atores da delibe-

ração de circunstâncias de risco no trabalho (PINTOR; GARBIN, 2019).

A necessidade de executar atos de Visat é um assunto que nasce desde que essa ação pública foi registrada na Constituição Federal de 1988 e, especialmente, ao longo do caminho de constituição da área da saúde do trabalhador no Brasil (BRASIL, 1988). A Visat é um elemento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que propende à promoção da saúde e à diminuição da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da relação de ações que interfiram nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (VASCONCELLOS, 2018).

Em adjacências institucionais, a Visat deve ser acionada como um tipo especial de prática de vigilância em saúde que agrega dois tipos de atividades, essenciais às vigilâncias: a de produzir, ponderar e difundir informações; e a de concretizar uma intercessão sanitária preventiva. Esses dois blocos de atividades conexas abrangem em sua finalidade atividades de vigilância epidemiológica – recuada ao registro e à interferência nos agravos pertinentes ao trabalho –, de vigilância sanitária de intervenção e regulação das atividades laborais e de vigilância ambiental – voltada para a intervenção nas situações de risco dos ambientes conexas ao trabalho (MACHADO, 2005).

Nesse sentido, a função da Visat não é apenas fiscalizar, mas também educar, sensibilizar e mobilizar ações transformadoras que carecem de acontecer em parceria com os trabalhadores e em uma abordagem proferida intersetorialmente. Suas ações não se regressam apenas para o trabalhador, mas também para os gestores dos empreendimentos que devem ser sensibilizados para a importância de tais transformações (RIBEIRO *et al.*, 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de cada uma das vigilâncias no intuito de partilhar atribuições e responsabilidades, sem desamparar a especificação prática de cada um dos campos, alude novas funções, assim como relações e práticas modernas em todos os graus do sistema, o que significa o quanto sua concretização é desafiadora e profunda tanto no campo político quanto no técnico-operacional.

Nesse sentido, as ações da Vigilância em Saúde são responsáveis pelo conhecimento para a ação e a intercessão que amortizem riscos e propiciem a saúde nos territórios, conectada às Redes de Atenção à Saúde. Este desempenho essencial do SUS tem sido chamado a guiar sua ação ponderando os complexos acontecimentos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que produzem o nível e a qualidade da saúde da sociedade. Assim, é imprescindível que a Vigilância em Saúde se

reconheça na agenda da determinação social da saúde originando para si a constituição de conhecimentos e práticas transdisciplinares e transsetoriais

Assim sendo, espera-se que este estudo colabore para a discussão inesgotável a respeito das perspectivas pertinentes às práticas na esfera da VS, que, por sua vez, se implantam em um Estado que é transformado pela relação de forças históricas e sociais. Logo, esse não é um assunto exclusivamente de domínio gerencial, mas também federativo e de coordenação do trabalho, o que deposita na arena o refletir de conteúdos e de maneiras da organização do trabalho, de habilidades e táticas de intercessão, na acepção de superar seus principais desafios na direção do melhor funcionamento do Sistema.

REFÊRENCIAS

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 197-224.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde pública*, v. 40, p. 170-177, 2006.

BEZERRA, A. C. V. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 1044-1057, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução N° 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408&tipoDocumento=CON&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Vigilância ambiental em saúde*. Brasília, DF: Funasa, 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de nov de 1996. Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n.º 01 de 1996 (NOB-SUS, 1996). *Diário Oficial da União* (DOU) 5 nov 1996; 216. Seção 1 (Pt 1): 22938-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999a. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília DF, 26 jan. 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm>. Acesso em: 22 Abr. 2022.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G.M.; RENTERÍA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*, v. 34, p. 428-431, 2007.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 995-1004, 2008.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Marcos Históricos e Conceituais. In: ROZENFELD, S., (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 304-314.

DUBEUX, L. S.; ALMEIDA, C. K.; FELISBERTO, E.; MEDEIROS, G. D. A. R.; ÁVILA, S. G.; BARCA, D. A. A. V.; SANTOS, M. B. S. Institucionalização de práticas avaliativas em vigilância sanitária: aprimorando coletivamente a gestão por meio da modelização das intervenções. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, v. 8, n. 4, p. 27-36, 2020.

JORCELINO, T. M.; DE REZENDE, M. E.; SILVA, M. S. O sistema de vigilância agropecuária internacional e de vigilância em saúde ambiental no Distrito Federal. In: Embrapa Recursos Genéticos e Biotecnologia-Resumo em anais de congresso (ALICE). *Journal of Global Innovation*, v. 2, n. 1, 2020. PP. 27., 2020.

LOBATO, L.V.C; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*, p. 89-120, 2013.

LOPES-JÚNIOR, L. C.; LACERDA, A. A.; VENÂNCIO, F. F.; BULERIANO, L. P.; SOBREIRA, L. B. Vigilância em Saúde na pandemia de COVID-19 e os desafios do SUS na atualidade. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 11, n. 64, p. 5714-5727, 2021.

MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 987-992, 2005.

MACIEL FILHO, A. A.; GÓES JR C. D.; CANCIO, J. A.; OLIVEIRA, M. L.; COSTA, S. S. D. Indicadores de vigilância ambiental em saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, v. 8, n.

3, p. 59-66, 1999.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. S. C. D. A.; SILVA, M. M. A. D. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2016.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 255-267, 2015.

PINTOR, E. A. S.; GARBIN, A. C. Notificações de violência relacionadas ao trabalho e vigilância em saúde do trabalhador: rompendo a invisibilidade. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 44, 2019.

RIBEIRO, M. C.; BEDOYA, S. O.; FERREIRA, V. A.; OLIVEIRA, A. M. C. Desafios e oportunidades de repensar o processo de trabalho em Vigilância Sanitária: um relato de experiência. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, v. 8, n. 4, p. 156-160, 2020.

ROHLFS, D. B.; GRIGOLETTO, J. C.; NETTO, G. F.; RANGEL, C. D. F. A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. *Cad. Saúde Colet*, v. 19, n. 4, p. 391-398, 2011.

ROSEN G. *Uma história da Saúde Pública* São Paulo: Unesp-Hucitec-Abrasco; 1994.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*, v. 20, 2007.

SETA, M. H. D.; OLIVEIRA, C. V. S.; PEPE, V. L. E. Proteção à saúde no Brasil: o sistema nacional de vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3225-3234, 2017.

SETA, M. H.; OLIVEIRA, C. V. S.; PEPE, V. L. E. Proteção à saúde no Brasil: o sistema nacional de vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3225-3234, 2017.

SILVA, C. D. G.; CANTO, S. V. E.; MOURA, A. D. A.; ALENCAR, O. M. Avaliação do programa de imunização em região de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 3801-3815, 2021.

SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCCHESI, Geraldo. SUS 30 anos: vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1953-1961, 2018.

SOUZA, G. D. S.; COSTA, L. C. A. D.; MACIEL, A. C.; REIS, F. D. V.; PAMPLONA, Y. D. A. P. Presença de agrotóxicos na atmosfera e risco à saúde humana: uma discussão para a Vigilância em Saúde Ambiental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3269-3280, 2017.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. D. C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K. D.; PENNA, G. O. Vigilância em Saúde no SUS-construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1811-1818, 2018.

VASCONCELLOS, L. C. F. Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 43, 2018.

WAKIMOTO, M. D. *Avaliação da Qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Município do Rio de Janeiro – 1994-1996*. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

WALDMAN E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 3: 7-26.

3

ECONOMIA DA SAÚDE: uma discussão teórica

*HEALTH ECONOMICS: a theoretical
discussion*

Resumo

Este artigo tem como objetivo realizar uma discussão teórica sobre a Economia da Saúde, abordando seus fundamentos, importância e aplicações no contexto das políticas públicas de saúde. A partir de uma abordagem qualitativa e bibliográfica, o estudo explora as contribuições clássicas e contemporâneas da área, destacando conceitos como escassez, eficiência, equidade e alocação de recursos. A análise evidencia que a saúde, ao ser tratada como bem público e direito social, requer instrumentos econômicos específicos para lidar com seus desafios, especialmente em sistemas públicos como o brasileiro. A avaliação econômica em saúde é apresentada como uma ferramenta essencial na gestão eficiente dos recursos, permitindo a escolha de intervenções com melhor relação custo-benefício. Contudo, o artigo também discute os limites e desafios dessa área, incluindo a complexidade ética envolvida nas decisões econômicas, a escassez de dados qualificados e as desigualdades estruturais dos sistemas de saúde. Por fim, são discutidas as perspectivas futuras da Economia da Saúde, que envolvem o fortalecimento das análises baseadas em valor, a incorporação de tecnologias e a formação de profissionais capacitados. Conclui-se que a Economia da Saúde contribui significativamente para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, promovendo decisões mais racionais, justas e baseadas em evidências.

Palavras-chave: economia da saúde; avaliação econômica; políticas públicas; eficiência; equidade.

Abstract

This article aims to conduct a theoretical discussion on Health Economics, addressing its foundations, importance, and applications within the context of public health policies. Using a qualitative and bibliographic approach, the study explores classical and contemporary contributions to the field, highlighting concepts such as scarcity, efficiency, equity, and resource allocation. The analysis shows that health, as a public good and a social right, requires specific economic tools to face its challenges, particularly in public systems like the Brazilian one. Economic evaluation in health is presented as a key tool for efficient resource management, allowing the selection of interventions with the best cost-benefit ratio. However, the article also addresses the limitations and challenges of the field, including the ethical complexity of economic decisions, the lack of qualified data, and the structural inequalities of health systems. Finally, future perspectives in Health Economics are discussed, involving the strengthening of value-based analyses, the incorporation of technologies, and the training of qualified professionals. It is concluded that Health Economics significantly contributes to the sustainability of health systems by promoting more rational, fair, and evidence-based decisions.

Keywords: health economics; economic evaluation; public policies; efficiency; equity.

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, a Economia da Saúde vem se consolidando como um campo fundamental de estudo no cenário contemporâneo, à medida que os sistemas de saúde enfrentam desafios crescentes relacionados à escassez de recursos, ao aumento das demandas populacionais e à complexidade dos serviços ofertados.

A persecução por maior eficiência, equidade e sustentabilidade na gestão dos recursos destinados à saúde coloca em evidência a importância de análises econômicas que orientem decisões públicas e privadas nesse setor.

Em um contexto global marcado por transformações demográficas, como o envelhecimento da população, e pelo avanço contínuo das tecnologias médicas, torna-se imprescindível compreender como os princípios econômicos se aplicam à área da saúde e de que forma podem contribuir para a alocação mais racional de recursos escassos.

A saúde, entretanto, em que é um direito social previsto constitucionalmente e um bem desejável para o bem-estar individual e coletivo, também se configura como um bem econômico, cuja oferta e demanda estão sujeitas às leis de mercado e às decisões políticas.

No entanto, diferentemente de outros setores da economia, a saúde possui especificidades que desafiam a lógica tradicional dos mercados, como a presença de externalidades, a assimetria de informações entre prestadores e usuários de serviços, e a incerteza inerente aos resultados dos tratamentos.

Essas características tornam o setor da saúde um dos mais complexos do ponto de vista econômico, exigindo abordagens teóricas e metodológicas que levem em conta suas singularidades.

Nesse sentido, a Economia da Saúde busca compreender como os recursos são utilizados para promover, manter ou recuperar a saúde da população, investigando os custos e os benefícios associados a diferentes intervenções, modelos de financiamento, políticas públicas e práticas de gestão. A problemática que se impõe, portanto, diz respeito à dificuldade em equilibrar a crescente demanda por serviços de saúde de qualidade com os limites orçamentários enfrentados pelos gestores públicos e privados.

Como assegurar que os recursos disponíveis sejam utilizados da forma mais eficiente possível, sem comprometer o acesso e a equidade? Como avaliar, em termos econômicos, o impacto de novas tecnologias em saúde? E, sobretudo, como fundamentar decisões em saúde com base em evidências que considerem não apenas a eficácia clínica, mas também a viabilidade econômica?

Visto isto, este artigo propõe uma discussão teórica sobre os principais fundamentos da Economia da Saúde, visando aprofundar a compreensão acerca das suas contribuições para o enfrentamento dos desafios que permeiam o setor. Ao explorar conceitos centrais, como racionalidade econômica, alocação de recursos, avaliação de custo-efetividade e financiamento em saúde, pretende-se oferecer subsídios para a reflexão crítica sobre os caminhos possíveis para uma gestão mais eficiente e equitativa dos sistemas de saúde.

2 FUNDAMENTOS DA ECONOMIA DA SAÚDE

Destarte, a Economia da Saúde emerge como um campo específico da ciência econômica que se dedica à análise da produção, distribuição e consumo de bens e serviços relacionados à saúde. Diferentemente de outros ramos da economia, esse campo reconhece a saúde como um bem particular, cuja natureza transcende as lógicas tradicionais de mercado.

Segundo Arrow (1963), um dos precursores teóricos da área, a incerteza quanto à ocorrência de doenças e à efetividade dos tratamentos compromete a capacidade do mercado de organizar, de forma eficiente, a oferta e a demanda de serviços de saúde, tornando essencial a intervenção do Estado.

Na perspectiva de Pauly (1968), a assimetria de informações entre provedores de serviços e usuários compromete o modelo de mercado competitivo idealizado pela economia neoclássica. Nesse contexto, os consumidores não detêm o conhecimento necessário para avaliar com precisão a qualidade e a necessidade dos serviços de saúde, delegando decisões importantes a profissionais especializados, o que altera a relação convencional entre oferta e demanda. Dessa forma, o mercado de saúde apresenta falhas estruturais que justificam a adoção de políticas públicas e regulação.

Os fundamentos da Economia da Saúde foram consolidados nas décadas de 1960 e 1970, especialmente por meio dos estudos promovidos pelo sistema de saúde britânico (NHS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com Culyer e Newhouse (2000), a consolidação desse campo foi marcada pela incorporação de métodos quantitativos para a avaliação de intervenções em saúde, visando à eficiência econômica e à maximização do bem-estar social.

Essa abordagem ampliou o escopo da análise econômica para além da simples relação entre custos e benefícios, considerando também aspectos éticos, sociais e distributivos.

Para Folland, Goodman e Stano (2017), a saúde deve ser compreendida tanto como um bem de consumo quanto como um bem de investimento. Enquanto bem

de consumo, ela proporciona utilidade direta aos indivíduos, permitindo-lhes usufruir de bem-estar e qualidade de vida; como bem de investimento, a saúde aumenta a produtividade e reduz os custos futuros associados a doenças.

Essa dualidade reforça a importância da saúde como um insumo essencial para o desenvolvimento humano e econômico, ampliando a sua relevância no planejamento de políticas públicas.

Grossman (1972) contribuiu significativamente para o entendimento da saúde como capital humano. Em seu modelo teórico, os indivíduos acumulam “estoques de saúde” ao longo da vida e decidem racionalmente sobre os investimentos em cuidados médicos, alimentação e atividades físicas. A saúde, portanto, não é apenas um resultado passivo, mas uma escolha ativa que envolve decisões intertemporais sobre consumo e investimento. Essa visão inaugurou uma nova vertente dentro da Economia da Saúde, articulando os conceitos de microeconomia ao campo da saúde individual e coletiva.

Com o passar dos anos, o desenvolvimento da Economia da Saúde passou a incorporar novas questões, como a equidade no acesso aos serviços e a sustentabilidade dos sistemas de financiamento. Segundo Oliveira e Elias (2012), o conceito de equidade tornou-se central, especialmente em países em desenvolvimento, onde as desigualdades sociais influenciam de forma direta os indicadores de saúde. A literatura econômica passou a incluir análises sobre a distribuição de recursos em saúde, avaliando os impactos de políticas públicas sobre grupos populacionais vulneráveis.

Ao considerar as especificidades do setor, Mendes (2018) destaca que os sistemas de saúde funcionam de maneira híbrida, combinando elementos de mercado com mecanismos públicos de financiamento e provisão. Essa característica torna o setor particularmente sensível a decisões políticas e à estrutura institucional de cada país. A presença do Estado, por meio de subsídios, regulação e provisão direta, é justificada não apenas pelas falhas de mercado, mas também por princípios de justiça social e bem comum.

A análise econômica em saúde também incorpora o conceito de externalidades, conforme exposto por Drummond *et al.* (2015). Quando um indivíduo recebe uma vacina, por exemplo, os benefícios ultrapassam o sujeito diretamente envolvido, contribuindo para a proteção coletiva – uma externalidade positiva. Tais efeitos não são devidamente internalizados pelo mercado, exigindo políticas públicas que incentivem comportamentos socialmente desejáveis. A compreensão dessas dinâmicas é essencial para o desenho de intervenções eficazes e economicamente justificáveis.

Em países como o Brasil, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) assume pa-

pel central na organização dos serviços, os fundamentos da Economia da Saúde são imprescindíveis para o aprimoramento das políticas públicas. De acordo com Vianna e Silva (2014), o desafio de garantir acesso universal e igualitário à saúde requer instrumentos de avaliação econômica que orientem as escolhas orçamentárias, sobretudo em um contexto de escassez crônica de recursos e demandas crescentes. O uso da análise econômica, nesse cenário, torna-se uma ferramenta estratégica para priorização de ações com maior impacto social.

A partir da década de 2000, a literatura passou a enfatizar a importância das tecnologias em saúde e a necessidade de avaliações sistemáticas que considerem não apenas sua eficácia clínica, mas também sua viabilidade econômica. A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), como apontam Santos e Novaes (2021), tornou-se uma das principais ferramentas da Economia da Saúde, permitindo que gestores tomem decisões mais informadas sobre a incorporação de medicamentos, equipamentos e procedimentos. Esse movimento reforça a natureza multidisciplinar do campo, que se vale de conhecimentos da epidemiologia, estatística, administração e economia.

No contexto internacional, a incorporação de princípios econômicos à gestão da saúde pública tem promovido reformas nos sistemas de saúde. Conforme apontado por Musgrove (1996), muitos países têm buscado modelos de financiamento mais eficientes e sustentáveis, combinando fontes públicas e privadas de recursos, com o objetivo de expandir a cobertura e controlar os custos.

Essas reformas refletem uma preocupação crescente com o equilíbrio entre eficiência econômica e justiça social, temas centrais para os fundamentos da Economia da Saúde.

3 PRINCÍPIOS ECONÔMICOS APLICADOS À SAÚDE

A aplicação de princípios econômicos ao setor da saúde é fundamental para compreender como os recursos são alocados, quais escolhas são feitas pelos agentes econômicos e de que maneira as políticas públicas podem influenciar os resultados em saúde. A escassez, conceito central da economia, está presente de forma intensa na área da saúde, uma vez que os recursos disponíveis – sejam financeiros, humanos ou materiais – são limitados diante de necessidades potencialmente infinitas. Nesse sentido, torna-se necessário empregar ferramentas e princípios econômicos para definir prioridades e promover a melhor utilização dos recursos disponíveis, conforme afirmado por Phelps (2018).

O primeiro princípio a ser considerado é o da alocação eficiente de recursos, que busca maximizar os benefícios gerados por determinada quantidade de insu-

mos. No contexto da saúde, essa eficiência não é medida apenas em termos monetários, mas também em relação aos resultados clínicos e sociais obtidos.

Segundo Drummond *et al.* (2015), a eficiência alocativa ocorre quando os recursos são direcionados para as intervenções que geram maior ganho em saúde por unidade de custo, o que exige a aplicação de métodos como a análise de custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício.

Outro princípio relevante é o do custo de oportunidade, o qual indica que, ao optar por uma determinada intervenção em saúde, outras deixaram de ser implementadas com os mesmos recursos. Conforme destaca Folland, Goodman e Stano (2017), cada decisão em saúde implica renúncias, e compreender o custo de oportunidade é essencial para justificar políticas públicas baseadas em evidências.

Destarte, uma política de vacinação, por exemplo, pode ser priorizada em detrimento de ações curativas, se demonstrar maior impacto preventivo com menor custo por benefício.

O princípio da racionalidade econômica também deve ser considerado, ainda que, no campo da saúde, o comportamento dos agentes muitas vezes não se alinhe com a racionalidade estrita postulada pela teoria econômica tradicional. Arrow (1963) já advertia que a incerteza, a complexidade dos serviços de saúde e a assimetria de informações entre profissionais e pacientes limitam a aplicação direta da teoria da escolha racional.

Posto isso, os modelos econômicos procuram entender como os indivíduos tomam decisões com base em preferências, restrições orçamentárias e expectativas de resultado, contribuindo para o planejamento de sistemas de saúde mais responsivos.

O construto de externalidades, especialmente relevante em saúde pública, também é um princípio econômico aplicado ao setor. De acordo com Varian (2010), externalidades ocorrem quando as ações de um agente afetam o bem-estar de outros de forma não refletida nos preços de mercado. No caso da saúde, vacinas, campanhas de prevenção e medidas de controle de epidemias geram externalidades positivas, pois beneficiam toda a coletividade.

Essas situações justificam a atuação estatal, como mecanismo para corrigir falhas de mercado e garantir o interesse coletivo.

Outro princípio fundamental é a equidade, que, embora não seja originalmente um conceito econômico, tornou-se essencial na avaliação de políticas de saúde.

Segundo Culyer (2001), equidade em saúde refere-se à justiça na distribuição dos recursos e na acessibilidade aos serviços. A economia da saúde passou a incorporar esse princípio, buscando formas de mensurar e reduzir as desigualdades, o que representa um desdobramento importante da análise de bem-estar social. No

Brasil, essa perspectiva é particularmente relevante, dadas as profundas desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços de saúde, como discutem Oliveira e Elias (2012).

A elasticidade da demanda por serviços de saúde é outro princípio importante na análise econômica. Folland, Goodman e Stano (2017) explicam que, diferentemente de bens comuns, a demanda por serviços de saúde tende a ser inelástica, isto é, pouco sensível às variações de preço. Essa característica decorre da natureza essencial dos serviços de saúde, principalmente em situações de urgência ou gravidade, o que limita a ação de mecanismos de mercado baseados em preços.

Por conseguinte, políticas públicas que subsidiem ou ofertem diretamente serviços tornam-se mais eficazes em garantir acesso universal.

Também é importante considerar o papel da concorrência e do monopólio na provisão de serviços de saúde. Conforme Porter e Teisberg (2006), a introdução de elementos de concorrência entre prestadores pode melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços, desde que acompanhada de regulação adequada.

Entretanto, a saúde possui características que favorecem a formação de monopólios naturais – como em serviços de alta complexidade ou laboratórios especializados –, exigindo a atuação do Estado para evitar abusos e garantir o acesso.

O financiamento da saúde representa um dos principais desafios à luz dos princípios econômicos. A teoria do bem público, conforme Musgrave (1959), ajuda a explicar por que o Estado deve assumir responsabilidade pelo financiamento dos serviços básicos de saúde, uma vez que tais serviços possuem características de não exclusão e não rivalidade. Isso justifica a adoção de sistemas públicos universais, como o SUS no Brasil, os quais são sustentados por tributos e pela solidariedade entre os contribuintes, como defendem Mendes (2018) e Vianna e Silva (2014).

Ademais disso, o princípio da sustentabilidade fiscal é central nas análises econômicas em saúde. De acordo com Paim (2013), os sistemas públicos enfrentam crescentes pressões decorrentes do envelhecimento populacional, da incorporação de novas tecnologias e do aumento da carga de doenças crônicas. Nesse cenário, é fundamental adotar medidas que garantam a viabilidade financeira do sistema sem comprometer os princípios de universalidade e integralidade.

4 MODELOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O financiamento da saúde é uma das dimensões mais críticas na formulação de políticas públicas em todo o mundo, pois envolve decisões estratégicas que afetam diretamente a equidade, a eficiência e a sustentabilidade dos sistemas de

saúde.

A literatura da Economia da Saúde aponta para três modelos principais de financiamento: o modelo Beveridgiano, o modelo Bismarckiano e o modelo de mercado, cada um com estruturas distintas de financiamento, provisão e regulação dos serviços de saúde, e consequências diversas para os usuários e para o sistema como um todo (Drummond, 2015; Mendes, 2018).

O modelo Beveridgiano, implementado inicialmente no Reino Unido com a criação do National Health Service (NHS) em 1948, baseia-se na ideia de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Neste modelo, os serviços de saúde são financiados majoritariamente por meio de impostos gerais, e a provisão ocorre, em sua maior parte, por instituições públicas.

Conforme relatado por Culyer e Newhouse (2000), esse modelo promove acesso universal aos serviços de saúde com base na necessidade, não na capacidade de pagamento, representando um marco na consolidação de sistemas de saúde públicos e equitativos.

De acordo com Musgrove (1996), uma das principais características do modelo Beveridgiano é a centralização administrativa, o que permite maior controle de custos e padronização dos serviços. No entanto, essa estrutura pode gerar filas de espera e restrições de acesso a procedimentos mais complexos ou de alta tecnologia.

A eficiência do modelo depende fortemente da capacidade do Estado de gerir os recursos e planejar a distribuição adequada dos serviços, o que nem sempre ocorre de forma otimizada, especialmente em contextos de crise fiscal.

Por sua vez, o modelo Bismarckiano, originado na Alemanha no século XIX, é estruturado a partir de contribuições obrigatórias para fundos de seguridade social. Nesse arranjo, o financiamento é realizado por meio de impostos sobre a folha de pagamento, pagos conjuntamente por empregadores e empregados, e os serviços são prestados por instituições públicas e privadas.

Conforme descrito por Saltman e Figueras (1997), esse modelo combina a universalização da cobertura com mecanismos de mercado regulados, permitindo certa liberdade de escolha por parte dos usuários e competição entre provedores.

Esse sistema de financiamento, segundo Ferreira e Vieira (2008), apresenta um grau maior de descentralização e participação da sociedade civil, o que pode favorecer a inovação e a responsividade às demandas locais. Contudo, o modelo Bismarckiano pode acentuar desigualdades quando não há mecanismos robustos de redistribuição entre fundos, sobretudo em países com elevado nível de informalidade no mercado de trabalho, que dificulta a arrecadação das contribuições.

Já o modelo de mercado é caracterizado pela provisão e financiamento de

serviços de saúde majoritariamente realizados pelo setor privado. Nesse arranjo, os indivíduos são responsáveis por adquirir seguros de saúde privados ou pagar diretamente pelos serviços utilizados. Nos Estados Unidos, conforme apontam Folland, Goodman e Stano (2017), esse modelo predominou até a criação de programas públicos como o Medicare e o Medicaid, destinados a populações específicas.

Isso posto, a fragmentação e a predominância de seguros privados continuam sendo traços marcantes do sistema de saúde norte-americano.

Segundo Arrow (1963), o modelo de mercado aplicado à saúde apresenta sérias limitações, como a assimetria de informações entre pacientes e profissionais, a incerteza quanto aos resultados dos tratamentos e os altos custos dos serviços.

Esses fatores comprometem a capacidade de decisão racional dos consumidores e geram falhas de mercado, o que justifica a intervenção governamental. Além disso, o modelo de mercado tende a excluir parcelas significativas da população, especialmente as de baixa renda, acentuando as desigualdades no acesso e nos desfechos em saúde.

O Brasil adota um modelo híbrido de financiamento, com predominância do setor público representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), financiado por tributos gerais e organizado de forma descentralizada entre os entes federativos. Segundo Mendes (2018), o SUS incorpora princípios do modelo Beveridgiano, como a universalidade e a integralidade, mas convive com um setor privado relevante, que inclui seguros e planos de saúde privados acessíveis a uma parcela minoritária da população. Essa coexistência gera desafios no tocante à equidade e à alocação eficiente de recursos.

De acordo com Vianna e Silva (2014), o subfinanciamento crônico do SUS compromete a sua capacidade de prover serviços de qualidade em todo o território nacional, o que leva parte da população a recorrer à saúde suplementar. O financiamento público da saúde no Brasil, medido em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), está abaixo da média de países com sistemas universais de saúde, o que agrava os gargalos estruturais e operacionais.

As emendas constitucionais que congelaram gastos públicos por longos períodos, como a EC 95/2016, agravaram esse quadro, ao impor limites ao crescimento dos investimentos públicos em saúde.

Em contraste, países como a França e o Canadá adotam modelos de financiamento que integram elementos dos modelos Beveridgiano e Bismarckiano, mas com ênfase em políticas públicas redistributivas. Segundo WHO (2022), esses países apresentam maior equidade e eficiência em seus sistemas, reflexo de modelos de financiamento bem estruturados, transparentes e sustentáveis.

O sucesso desses modelos reside na capacidade de assegurar fontes de financiamento estáveis e no uso criterioso de análises econômicas para orientar decisões sobre alocação de recursos e incorporação de tecnologias.

Outro aspecto importante nos modelos de financiamento é o papel dos pagamentos aos prestadores de serviços, que pode variar de acordo com o sistema adotado. Como destacam Drummond *et al.* (2015), os métodos de pagamento – como pagamento por procedimento (fee-for-service), capitação ou salários fixos – influenciam os comportamentos dos prestadores e os resultados do sistema. Modelos de pagamento mal calibrados podem induzir à prestação excessiva ou insuficiente de serviços, afetando tanto os custos quanto a qualidade do atendimento.

A avaliação econômica de diferentes modelos de financiamento é fundamental para a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. Para Santos e Novaes (2021), os instrumentos da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da economia da saúde podem e devem ser utilizados para comparar modelos de financiamento, levando em consideração não apenas a eficiência alocativa, mas também a justiça distributiva e a sustentabilidade fiscal. A escolha de um modelo não deve se basear exclusivamente em aspectos econômicos, mas deve considerar também os valores sociais e os objetivos de saúde da sociedade.

5 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A avaliação econômica em saúde se configura em instrumento essencial para a tomada de decisões racionais e fundamentadas nos sistemas de saúde contemporâneos. Trata-se de um campo que busca comparar, de forma sistemática, os custos e os desfechos de duas ou mais alternativas de intervenções em saúde, a fim de subsidiar escolhas eficientes e socialmente justas.

De acordo com Drummond *et al.* (2015), a avaliação econômica engloba diferentes métodos, como a análise de custo-efetividade, custo-utilidade, custo-benefício e custo-minimização, cada qual adequado a contextos distintos de decisão clínica, sanitária ou política.

A necessidade de avaliações econômicas surge, principalmente, da escassez de recursos e da crescente demanda por tecnologias e serviços de saúde. Como destacam Culyer e Newhouse (2000), nenhum sistema de saúde, seja público ou privado, dispõe de recursos ilimitados para cobrir todas as necessidades possíveis.

Nesse sentido, as avaliações econômicas oferecem um arcabouço metodológico que permite priorizar intervenções com maior retorno em termos de saúde por unidade de recurso investido. Essa abordagem racionaliza o uso de verbas públi-

cas e amplia o impacto positivo das políticas de saúde.

A análise de custo-efetividade é uma das mais utilizadas, especialmente em contextos públicos, pois permite avaliar qual intervenção proporciona melhores resultados clínicos com os menores custos. De acordo com Gold *et al.* (1996), essa análise é particularmente útil na escolha de terapias ou programas preventivos, onde os resultados podem ser mensurados em unidades naturais, como anos de vida salvos ou casos evitados. Quando os desfechos são ajustados pela qualidade de vida, utiliza-se a análise de custo-utilidade, que incorpora indicadores como o QALY (Quality-Adjusted Life Year), possibilitando comparações entre diferentes tipos de intervenções em saúde.

Por sua vez, a análise de custo-benefício, embora mais abrangente, apresenta maior complexidade metodológica. Segundo Brouwer *et al.* (2007), essa técnica exige a monetização dos benefícios em saúde, o que levanta questões éticas e epistemológicas, especialmente quando se tenta atribuir valor financeiro à vida humana.

Não obstante, essa abordagem é útil em contextos em que é necessário comparar investimentos em saúde com políticas de outras áreas, como educação ou infraestrutura, proporcionando uma visão intersetorial dos impactos econômicos.

No Brasil, a institucionalização da avaliação econômica em saúde ganhou força com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), em 2011. Conforme destacam Caetano *et al.* (2019), a CONITEC tem como atribuição central a análise de evidências clínicas e econômicas para subsidiar decisões sobre a incorporação de medicamentos, equipamentos, procedimentos e protocolos clínicos. Essa iniciativa representa um avanço significativo na integração entre ciência, gestão e política pública, além de promover maior transparência e legitimidade nas escolhas feitas pelo sistema de saúde.

Entretanto, diversos desafios ainda persistem na efetiva incorporação das avaliações econômicas na formulação de políticas públicas. Um dos principais entraves é a ausência de dados confiáveis e padronizados, especialmente nos países em desenvolvimento. De acordo com Oliveira e Elias (2012), a escassez de informações sobre custos diretos, indiretos e intangíveis dificulta a aplicação dos modelos de avaliação econômica, comprometendo sua validade externa. Além disso, há barreiras técnicas e institucionais, como a formação insuficiente de profissionais especializados e a resistência por parte de segmentos da indústria e da própria burocracia estatal.

Outro repto importante reside na conciliação entre critérios de eficiência e de equidade. Como observam Norheim e Asada (2009), uma intervenção que apresenta excelente custo-efetividade pode não ser equitativa do ponto de vista dis-

tributivo, ao beneficiar apenas populações já favorecidas socioeconomicamente. Essa tensão exige que a avaliação econômica não seja compreendida como um instrumento puramente técnico, mas como parte de um processo político e social mais amplo, onde a justiça distributiva e os direitos fundamentais devem ser preservados.

A par dos aspectos técnicos e éticos, há desafios relacionados ao avanço das tecnologias em saúde. A emergência de terapias gênicas, medicamentos biológicos e exames de alto custo colocou novas pressões sobre os orçamentos públicos e privados.

Conforme aponta Garau et al. (2020), essas tecnologias oferecem benefícios promissores, mas também trazem riscos consideráveis, tanto do ponto de vista clínico quanto financeiro.

Nesses casos, as avaliações econômicas devem ser complementadas por estudos de viabilidade, análises de impacto orçamentário e revisões periódicas de desempenho, o que exige maior articulação entre ciência, indústria e governo.

No que se refere às perspectivas futuras, observa-se uma crescente valorização das abordagens que integram economia da saúde com aspectos sociais, ambientais e populacionais. A proposta da saúde baseada em valor (*value-based healthcare*), por exemplo, vem ganhando destaque no cenário internacional. Segundo Porter (2010), essa abordagem propõe que os sistemas de saúde sejam orientados não apenas pela redução de custos, mas pela maximização de valor para o paciente, entendido como o resultado clínico obtido em relação ao custo total do tratamento.

Tal visão exige indicadores centrados no usuário e modelos de pagamento baseados em desempenho, o que representa uma mudança de paradigma na gestão da saúde.

Outra tendência relevante é o uso de big data, inteligência artificial e modelos preditivos na avaliação econômica em saúde. Conforme Kaplan e Porter (2011), a integração de dados clínicos, administrativos e sociodemográficos permitirá análises mais precisas e personalizadas, facilitando a gestão populacional e o planejamento de longo prazo.

Essa perspectiva aponta para uma economia da saúde mais dinâmica, baseada em evidências em tempo real e orientada por princípios de equidade e sustentabilidade.

Em última, é importante destacar a internacionalização das práticas de avaliação econômica em saúde. Organismos como a OMS, o Banco Mundial e a OCDE têm promovido diretrizes e padrões metodológicos comuns, incentivando a colaboração entre países e o desenvolvimento de capacidades locais. Para Oortwijn et al. (2021), essa convergência normativa é fundamental para garantir maior consis-

tência, comparabilidade e qualidade nos estudos, fortalecendo a legitimidade das decisões políticas e promovendo sistemas de saúde mais resilientes.

Por conseguinte, observa-se que, à medida que os sistemas de saúde se tornam mais complexos e pressionados por novas demandas, o papel da economia da saúde tende a se expandir, contribuindo para decisões mais informadas, justas e sustentáveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Economia da Saúde se apresenta como um campo interdisciplinar essencial para a análise, formulação e avaliação de políticas públicas e decisões clínicas. Ao aliar os princípios da economia com as especificidades do setor saúde, esse ramo do conhecimento contribui para a compreensão dos mecanismos de alocação de recursos escassos em um ambiente caracterizado por elevada demanda, incerteza e forte presença do Estado. Como visto, os fundamentos teóricos que sustentam essa área abrangem desde o comportamento do consumidor de serviços de saúde até a dinâmica das instituições e dos sistemas de financiamento.

A avaliação econômica em saúde se consolida como uma ferramenta estratégica na definição de prioridades e na escolha de intervenções mais eficientes e eficazes. Os métodos como a análise de custo-efetividade e custo-utilidade orientam gestores e formuladores de políticas na tomada de decisões mais racionais, baseadas em evidências científicas e dados econômicos. Contudo, a efetividade desses instrumentos está condicionada à existência de dados de qualidade, capacidade técnica e articulação entre os diversos atores do sistema.

Os reptos contemporâneos da economia da saúde são múltiplos e incluem aspectos técnicos, éticos e estruturais. A incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento populacional e a pressão por equidade exigem que os modelos de avaliação e gestão em saúde sejam constantemente revistos.

Ademais disso, é fundamental integrar critérios de justiça social às análises econômicas, de modo que as decisões não apenas otimizem custos, mas também promovam inclusão e acesso universal aos cuidados.

As perspectivas futuras apontam para a crescente sofisticação das análises econômicas, com o uso de tecnologias digitais, inteligência artificial e integração de grandes bases de dados. A abordagem baseada em valor, centrada nos resultados em saúde para os pacientes, representa uma evolução importante no modelo de avaliação e financiamento. Nesse contexto, a formação de profissionais capacitados e o fortalecimento institucional são indispensáveis para o avanço dessa agenda.

Em epítome a Economia da Saúde desempenha um papel central no enfrentamento dos dilemas contemporâneos dos sistemas de saúde. Ao oferecer instrumentos analíticos que articulam eficiência, eficácia e equidade, esse campo contribui para decisões mais sustentáveis e socialmente responsáveis.

Para isso, por final, faz-se mister esforço contínuo de atualização metodológica, investimento em dados e formação técnica, além de um compromisso ético com a promoção da saúde como um direito de todos.

REFERÊNCIAS

ARROW, K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

BROUWER, W. B. F. et al. The Role of Cost-Benefit Analysis in Health Care Decision-Making. *Pharmacoeconomics*, v. 25, n. 9, p. 713-722, 2007.

CAETANO, R. et al. Incorporation of health technologies in the Unified Health System in Brazil: processes and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 1-14, 2019.

CULYER, A. J. Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, v. 27, n. 4, p. 275-283, 2001.

CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 2000.

DRUMMOND, M. F. et al. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.

FERREIRA, M. P.; VIEIRA, F. S. *Gasto público com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas*. Brasília: Ipea, 2008.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M. *The Economics of Health and Health Care*. 8. ed. New York: Routledge, 2017.

GARAU, M. et al. Gene therapies: the challenge of bringing transformative treatments to patients. *Value in Health*, v. 23, n. 6, p. 630-637, 2020.

GOLD, M. R. et al. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press, 1996.

GROSSMAN, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, v. 80, n. 2, p. 223-255, 1972.

KAPLAN, R. S.; PORTER, M. E. How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, v. 89, n. 9, p. 46-52, 2011.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: OPAS, 2018.

MUSGRAVE, R. A. *The Theory of Public Finance*. New York: McGraw-Hill, 1959.

- MUSGROVE, P. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. *World Bank Discussion Paper*, n. 339, Washington: World Bank, 1996.
- NORHEIM, O. F.; ASADA, Y. The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice. *International Journal for Equity in Health*, v. 8, p. 40, 2009.
- OLIVEIRA, J. A.; ELIAS, F. T. S. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1883–1892, 2012.
- OORTWIJN, W. et al. Evidence-informed deliberative processes for health benefit package design – part II: a practical guide. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 37, e2, p. 1–12, 2021.
- PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- PAULY, M. V. The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*, v. 58, n. 3, p. 531–537, 1968.
- PHELPS, C. E. *Health Economics*. 6. ed. New York: Routledge, 2018.
- PORTER, M. E. What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, v. 363, p. 2477–2481, 2010.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Publications, 1997.
- SANTOS, V.; NOVAES, H. M. D. Avaliação de tecnologias em saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 1–10, 2021.
- VARIAN, H. R. *Intermediate Microeconomics: A Modern Approach*. 8. ed. New York: W. W. Norton & Company, 2010.
- VIANNA, C. M. M.; SILVA, H. P. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde pública. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1125–1146, 2014.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global spending on health: Weathering the storm*. Geneva: WHO, 2022.

O livro **Saúde Coletiva: estudo epistemológico e subáreas** apresenta uma reflexão crítica sobre a constituição desse campo como área interdisciplinar de conhecimento, prática e intervenção social. Ao articular ciência, política e cidadania, a obra discute suas origens históricas ligadas à reforma sanitária e à criação do SUS, bem como os determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais da saúde. Analisa as principais subáreas — epidemiologia, ciências sociais, políticas e gestão em saúde — e aborda dimensões emergentes, como economia da saúde e os desafios das desigualdades, das pandemias e das mudanças climáticas. Mais do que um compêndio técnico, trata-se de um convite ao diálogo e ao engajamento, reafirmando a Saúde Coletiva como campo plural, crítico e comprometido com a democracia, a equidade e a justiça social.

ISBN: 978-65-6068-199-6

