

SAÚDE PÚBLICA

EPISTEMOLOGIA, GESTÃO E DEMOCRACIA

ADELICIO MACHADO DOS SANTOS

2025

ADELICIO MACHADO DOS SANTOS

SAÚDE PÚBLICA: EPISTEMOLOGIA, GESTÃO E DEMOCRACIA

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 pública: epistemologia, gestão e democracia / Adelcio Machado dos Santos — São Luís: Editora Pascal, 2025.

77 f. : il.:

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-6068-198-9

D.O.I.: 10.29327/5678954

1. Saúde pública. 2. Epistemologia. 3. Políticas Públicas. 4. Produção Científica. I. Santos, Adelcio Machado dos. II. Título.

CDU: 614(81):001.891:351.82

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 à
Prof^a Dr^a Claudriana Locatelli

PREÂMBULO

Prof. Dr. Adelcio Machado dos Santos

A saúde pública, área epistêmica e operacional, emerge como uma construção social profundamente enraizada nas transformações históricas, nos contextos políticos e nos marcos epistemológicos que moldam as formas de compreender e organizar a vida coletiva.

Este livro nasce do compromisso com uma abordagem crítica e propositiva da saúde pública, ancorada em três pilares indissociáveis: a epistemologia, a gestão e a democracia. A intersecção entre esses eixos constitui o alicerce para uma reflexão abrangente, que transcende os limites técnicos da administração de sistemas de saúde e se projeta na direção de uma práxis transformadora, voltada à equidade, à justiça social e ao direito à saúde como dimensão fundamental da cidadania.

De outro vértice, no plano epistemológico, a saúde pública enfrenta um duplo desafio: por um lado, consolidar sua autonomia como campo de conhecimento, com bases teóricas e metodológicas próprias; por outro, articular-se de forma interdisciplinar com as ciências sociais, humanas, biomédicas e ambientais, reconhecendo que os determinantes do processo saúde-doença extrapolam os modelos biomédicos tradicionais. A produção do conhecimento em saúde pública requer, portanto, uma postura crítica diante do paradigma positivista e uma abertura à complexidade dos fenômenos sociais.

Destarte, este livro propõe uma epistemologia situada, atenta às assimetrias de poder que moldam o saber científico, e comprometida com a construção de conhecimentos que dialoguem com os saberes populares, as experiências locais e as práticas de resistência coletiva.

No âmbito da gestão, entendida aqui como a mediação política, técnica e ética entre os recursos disponíveis e as necessidades coletivas, a saúde pública convive com contradições estruturais que desafiam sua efetividade. O Sistema Único de Saúde, conquanto se configurar uma das mais importantes conquistas democráticas da sociedade brasileira, permanece tensionado por interesses econômicos, limitações orçamentárias, práticas gerenciais tecnocráticas e processos de precarização do trabalho.

O repto da gestão em saúde pública não reside apenas na eficiência operacional, mas sobretudo na capacidade de construir modelos participativos, integrados e territorializados de cuidado, que respeitem a diversidade dos sujeitos e fortaleçam o vínculo entre Estado e sociedade. Este livro analisa criticamente as

políticas de saúde, os modelos de organização dos serviços e as práticas de gestão, ressaltando a importância da escuta ativa, da corresponsabilidade e da construção coletiva de soluções.

A democracia, por sua vez, constitui o horizonte ético e político da saúde pública. Não há saúde plena sem democracia substantiva. A luta pelo direito à saúde está intimamente ligada à defesa dos direitos humanos, da participação social e do controle público sobre as decisões que afetam a vida dos cidadãos.

Em tempos de retrocessos institucionais, desinformação e descrédito nas instituições, torna-se ainda mais urgente recuperar o sentido público da saúde, entendê-la como bem comum e fortalecer os mecanismos de participação popular. Este livro reivindica uma concepção ampliada de democracia, que ultrapasse a representação formal e se manifeste nos territórios, nas redes de solidariedade, nos movimentos sociais e nas práticas cotidianas de cuidado.

A saúde pública deve ser instrumento de emancipação e não apenas de regulação da vida; espaço de promoção da dignidade humana e não apenas de contenção de danos.

Ao reunir esses três eixos — epistemologia, gestão e democracia —, o livro propõe uma leitura crítica e integrada da saúde pública, capaz de iluminar tanto os desafios teóricos quanto os dilemas concretos da prática. Mais do que apresentar respostas fechadas, busca provocar o debate, estimular a reflexão e contribuir com a formação de profissionais comprometidos com a transformação social. O texto se dirige a estudantes, gestores, pesquisadores e militantes da saúde coletiva que reconhecem na saúde um campo de disputa simbólica e material, e que se dispõem a construir, cotidianamente, uma sociedade mais justa, solidária e saudável.

A organização dos capítulos reflete essa intencionalidade. Parte-se de uma discussão sobre os fundamentos epistemológicos da saúde pública, abordando as disputas de paradigmas, a pluralidade de métodos e os desafios da pesquisa crítica. Em seguida, adentra-se o campo da gestão, com foco nas políticas públicas, na estruturação do SUS, nas práticas de cuidado e nos modelos de governança em saúde.

Em última análise, a obra se debruça sobre a dimensão democrática, explorando os caminhos da participação social, os limites e possibilidades do controle social e as estratégias de resistência frente às desigualdades e violações de direitos. Ao longo do percurso, o leitor encontrará não apenas análises, mas também experiências, narrativas e proposições que reafirmam o caráter vivo, dinâmico e político da saúde pública.

À guisa de conclusão, reitera-se que pensar a saúde pública a partir da epistemologia, da gestão e da democracia é um ato político. É posicionar-se diante da

realidade com o compromisso ético de não se conformar com as iniquidades, de não naturalizar o sofrimento evitável, de não compactuar com a invisibilização de sujeitos.

Por conseguinte, deste livro emana de convocação ao pensamento crítico, à ação coletiva e à esperança ativa.

Por final, ele deve contribuir com a formação de leitores que não apenas estudem a saúde pública, mas que a vivam, a defendam e a reinventem todos os dias.

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 Internacionais. Bacharel Interdisciplinar em Saúde, Tecnólogo em Gestão

Hospital.

Milita nas seguintes linhas de pesquisa: Desenvolvimento e Sociedade, Arte e Cultura e Filosofia da Interdisciplinaridade.

Ex-Reitor, coordenador de curso, vogal da Comissão Própria de Avaliação (CPA), Núcleos Docentes Estruturante (NDE) e colegiado.

Integrou os Conselhos Estaduais de Educação e Cultura e Desportos em Santa Catarina. Atuou como assessor na 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.

Revisor 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) 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 Administração (ANPAD), Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música (ANPPOM), 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) e Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Artes Cênicas. (ABRACE).

Deu a lume a 78 livros, 186 capítulos de livros e 430 artigos científicos.

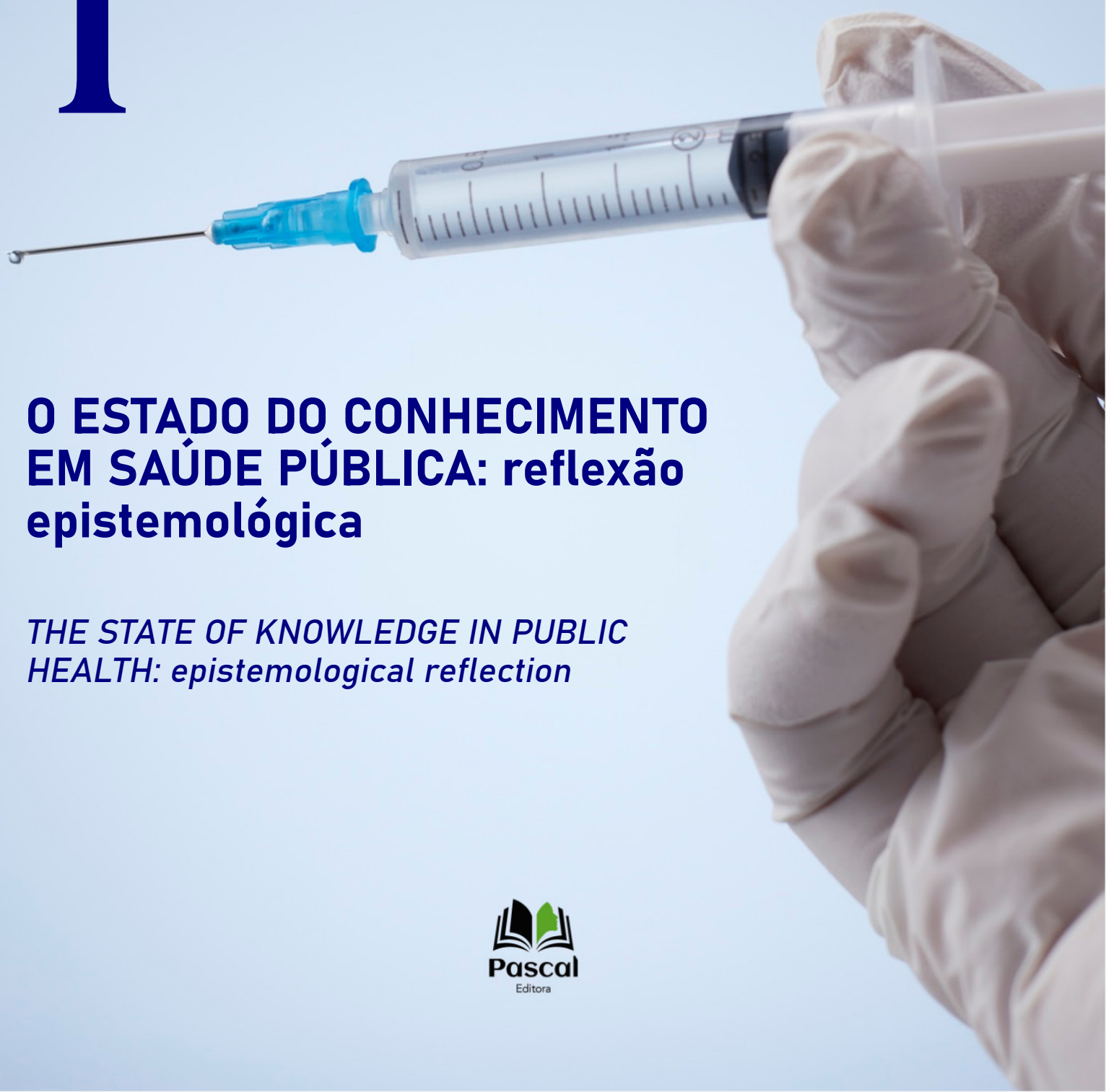
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6663595207403860>

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

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	10
O ESTADO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA: reflexão epistemológica	
CAPÍTULO 2	28
A SAÚDE PÚBLICA COMO POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL: o contexto brasileiro	
CAPÍTULO 3	45
A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: compreensão histórico-social	
CAPÍTULO 4	60
INTRODUÇÃO À GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: análise da práxis científica	

1



O ESTADO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA: reflexão epistemológica

*THE STATE OF KNOWLEDGE IN PUBLIC
HEALTH: epistemological reflection*

Resumo

O presente artigo realiza uma reflexão epistemológica sobre o estado do conhecimento em Saúde Pública, articulando fundamentos teóricos clássicos e contribuições contemporâneas para compreender os paradigmas que estruturam a área. A análise parte de um resgate histórico da constituição da Saúde Pública, desde o predomínio do modelo biomédico até a incorporação de abordagens interdisciplinares e da determinação social da saúde. A pesquisa, de natureza qualitativa e exploratória, baseou-se em revisão bibliográfica sistemática e análise crítica de publicações científicas nacionais e internacionais, seguindo as normas da ABNT. O estudo identifica tendências da produção científica, com destaque para o crescimento de pesquisas quantitativas e epidemiológicas, mas também para a gradual valorização de métodos qualitativos e de saberes comunitários. Argumenta-se que o avanço da Saúde Pública exige um diálogo constante entre diferentes matrizes epistemológicas, a integração entre ciência e políticas públicas e a valorização da tradução do conhecimento para a prática social. Conclui-se que a compreensão das bases epistemológicas é fundamental para orientar a pesquisa, a gestão e a formulação de políticas que respondam de forma eficaz e equitativa aos desafios contemporâneos da saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública. Epistemologia. Produção científica. Determinantes sociais.

Abstract

This article presents an epistemological reflection on the state of knowledge in Public Health, articulating classical theoretical foundations and contemporary contributions to understand the paradigms that structure the field. The analysis begins with a historical overview of the development of Public Health, from the predominance of the biomedical model to the incorporation of interdisciplinary approaches and the social determination of health. This qualitative and exploratory research was based on a systematic literature review and critical analysis of national and international scientific publications, following Brazilian ABNT standards. The study identifies trends in scientific production, highlighting the growth of quantitative and epidemiological research, as well as the gradual appreciation of qualitative methods and community knowledge. It argues that the advancement of Public Health requires ongoing dialogue between different epistemological frameworks, integration between science and public policies, and the enhancement of knowledge translation into social practice. It concludes that understanding epistemological foundations is essential for guiding research, management, and policy-making that effectively and equitably address contemporary health challenges.

Keywords: Public Health. Epistemology. Scientific production. Social determinants.

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Pública constitui-se como um campo multidimensional do conhecimento e da prática social, situado na interface entre ciências biológicas, sociais e humanas. Sua gênese remonta à necessidade de compreender e intervir sobre determinantes coletivos da saúde, superando a visão restrita centrada na doença e no indivíduo. Historicamente, o campo consolidou-se a partir de interações entre a Medicina Preventiva, a Epidemiologia e as políticas sanitárias, expandindo-se para abarcar dimensões sociais, ambientais, culturais e econômicas que influenciam o bem-estar populacional. No Brasil, a Saúde Pública adquiriu contornos particulares a partir da segunda metade do século XX, incorporando a perspectiva da Saúde Coletiva, marcada pela crítica ao modelo biomédico hegemônico e pela valorização de abordagens interdisciplinares e participativas.

No plano internacional, a evolução do campo foi marcada por marcos conceituais e normativos, como a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, 1978) e a Carta de Ottawa (1986), que expandiram o escopo da promoção da saúde e reforçaram a intersectorialidade como princípio estruturante. No entanto, a produção científica em Saúde Pública continua a enfrentar desafios epistemológicos significativos, como a fragmentação do saber, a sobreposição de paradigmas e a dificuldade de articular evidências científicas com saberes comunitários e experiências locais.

Nesse cenário, o estado do conhecimento emerge como ferramenta metodológica para sistematizar e analisar criticamente o que já foi produzido sobre um determinado tema, permitindo mapear tendências, lacunas e potencialidades. Diferente do estado da arte, que privilegia as contribuições teóricas e metodológicas mais inovadoras, o estado do conhecimento busca reunir, descrever e interpretar a totalidade da produção disponível dentro de um recorte definido, seja ele temporal, geográfico ou temático. Essa abordagem é especialmente relevante para campos complexos e dinâmicos, como a Saúde Pública, em que o conhecimento é produzido por diferentes disciplinas, agentes institucionais e tradições epistemológicas.

A reflexão epistemológica, nesse contexto, cumpre papel central. Ela não apenas interroga a validade e a coerência interna das teorias e métodos empregados, mas também investiga as condições históricas, políticas e culturais que moldam a produção do saber. Trata-se, portanto, de reconhecer que o conhecimento científico não é neutro, mas situado, marcado por escolhas ontológicas e metodológicas que refletem disputas de sentido e de poder. Em Saúde Pública, essa análise revela como determinados paradigmas — como o biomédico, o social ou o ecológico —

ganham hegemonia e orientam políticas, ao passo que outros permanecem marginalizados.

O estudo adota o delineamento de revisão de literatura do tipo “estado do conhecimento”, articulada a uma análise de base epistemológica. A escolha por esse tipo de abordagem justifica-se pelo seu potencial de sistematizar o que já foi publicado sobre a temática, permitindo uma visão panorâmica das correntes teóricas, das práticas de pesquisa e das lacunas persistentes.

Foram selecionadas como fontes principais as bases de dados SciELO, LILACS, PubMed e Web of Science, por sua relevância na área da saúde e abrangência de publicações nacionais e internacionais. O recorte temporal considerou o período de 2013 a 2023, de modo a contemplar a produção científica mais recente e captar transformações decorrentes de mudanças políticas, crises sanitárias (como a pandemia de COVID-19) e avanços tecnológicos no campo da saúde.

Os descritores utilizados foram “Saúde Pública”, “Saúde Coletiva”, “Estado do Conhecimento”, “Epistemologia” e “Produção Científica”, combinados por meio de operadores booleanos (AND, OR) de acordo com as especificidades de cada base. Os critérios de inclusão abrangeram artigos publicados em periódicos revisados por pares, escritos em português, inglês ou espanhol, e que apresentassem discussões explícitas sobre fundamentos teóricos, metodológicos ou epistemológicos relacionados à Saúde Pública. Foram excluídos trabalhos de caráter meramente técnico-operacional, resenhas de livros e documentos institucionais sem análise científica.

O processo de análise seguiu três etapas principais: (1) Leitura exploratória dos títulos e resumos para triagem inicial; (2) Leitura analítica do conteúdo integral dos textos selecionados, com registro das abordagens teóricas, métodos utilizados, objetos de estudo e principais conclusões; (3) Síntese interpretativa, orientada por categorias pré-definidas (paradigmas teóricos predominantes, integração interdisciplinar, lacunas e perspectivas).

A dimensão epistemológica da análise foi construída a partir da comparação dos referenciais identificados nos artigos com modelos clássicos e contemporâneos de produção de conhecimento em saúde, conforme autores como Thomas Kuhn, Gaston Bachelard, Boaventura de Sousa Santos e Naomar de Almeida Filho. Tal abordagem permitiu examinar não apenas a frequência de determinados paradigmas, mas também sua coerência interna, compatibilidade com outras perspectivas e capacidade de responder a desafios concretos da saúde coletiva.

Reconhece-se que, embora o estado do conhecimento seja abrangente, ele apresenta limitações inerentes, como a dependência da indexação nas bases consultadas e a possível exclusão de produções relevantes publicadas em veículos

não indexados ou em literatura cinzenta. Ainda assim, a metodologia adotada busca oferecer um panorama sólido e consistente, capaz de sustentar a reflexão epistemológica proposta neste artigo.

Assim, o presente artigo tem como objetivo realizar uma breve reflexão epistemológica sobre o estado do conhecimento em Saúde Pública, identificando as principais tendências teóricas e metodológicas, bem como as lacunas que persistem. Busca-se, com isso, contribuir para uma compreensão mais integrada e crítica do campo, favorecendo a articulação entre saberes científicos e sociais, em consonância com as demandas contemporâneas de saúde e bem-estar.

2 SAÚDE PÚBLICA: CONCEITOS, EVOLUÇÃO E ABRANGÊNCIA

A Saúde Pública, enquanto campo de conhecimento e prática social, constitui-se como uma área multidisciplinar voltada à proteção, promoção e recuperação da saúde das populações, tendo como base a compreensão dos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais que influenciam o bem-estar coletivo. Embora a saúde seja historicamente concebida como um atributo individual, o conceito de Saúde Pública emerge da necessidade de abordar problemas que transcendem a esfera individual e que requerem ações coordenadas e coletivas (Rosemberg, 1995).

Segundo Winslow (1920), em uma das definições mais clássicas, Saúde Pública é “a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, por meio de esforços organizados da comunidade para o saneamento do ambiente, controle das infecções, educação para a saúde e desenvolvimento de serviços médicos e de enfermagem” (Winslow, 1920). Essa formulação, ainda hoje considerada referência, destaca três dimensões centrais: a prevenção, a organização social e o papel do conhecimento científico.

No Brasil, a concepção contemporânea de Saúde Pública foi fortemente influenciada pelo movimento da Reforma Sanitária, que, a partir das décadas de 1970 e 1980, propôs uma visão ampliada de saúde, compreendendo-a como “resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986). Essa formulação, consagrada no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, rompeu com a lógica restrita do modelo biomédico e inspirou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988.

A evolução histórica da Saúde Pública pode ser analisada em três grandes

períodos. O primeiro, entre os séculos XVIII e XIX, é marcado pela Medicina Social europeia e pelas primeiras ações de higiene pública, fortemente vinculadas ao controle de epidemias e à urbanização industrial (Rosen, 1994). Nesse momento, prevaleciam abordagens centradas no saneamento e na fiscalização de ambientes, com destaque para as contribuições de John Snow, considerado um dos fundadores da Epidemiologia moderna.

O segundo período, no início do século XX, caracteriza-se pela institucionalização da Saúde Pública como disciplina acadêmica e pela criação de organismos internacionais de cooperação sanitária, como a Organização Pan-Americana da Saúde (1902) e a Organização Mundial da Saúde (1948). Nessa fase, consolidam-se sistemas nacionais de saúde e estratégias de vacinação em massa, ainda com predominância do paradigma biomédico, mas já com crescente atenção para fatores socioeconômicos.

O terceiro período, que se estende até a contemporaneidade, é marcado pela ampliação conceitual e pelo fortalecimento da Saúde Coletiva no Brasil e de perspectivas integradoras no cenário internacional, como a promoção da saúde, a equidade e a intersetorialidade (BUSS; Pellegrini Filho, 2007). A Conferência de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986) foram eventos-chave nesse processo, reafirmando a importância da atenção primária, da participação social e da ação intersetorial como elementos estruturantes das políticas de saúde.

Atualmente, a Saúde Pública enfrenta desafios cada vez mais complexos, decorrentes de processos globais como mudanças climáticas, transição demográfica e epidemiológica, urbanização acelerada e globalização econômica. Estudos recentes apontam para a necessidade de superar modelos fragmentados e incorporar abordagens sistêmicas, que considerem as interdependências entre saúde humana, animal e ambiental — perspectiva conhecida como *One Health* (Gibbs, 2014; Lerner; Bergeson, 2020). Essa visão reforça que a saúde não pode ser entendida isoladamente, mas como produto de redes de interações ecológicas, sociais e políticas.

No contexto brasileiro, a abrangência da Saúde Pública manifesta-se em um amplo espectro de ações, desde o monitoramento epidemiológico e o controle de doenças transmissíveis até políticas de prevenção de doenças crônicas, promoção de hábitos saudáveis e regulação sanitária. Além disso, a dimensão cultural e socioeconômica do país exige estratégias adaptadas às desigualdades regionais e à diversidade de populações, incluindo povos indígenas, comunidades quilombolas e populações em situação de vulnerabilidade urbana (Paim; Almeida Filho, 2014).

Do ponto de vista epistemológico, a Saúde Pública apresenta uma característica singular: ela se estrutura como campo de conhecimento híbrido, que integra métodos quantitativos e qualitativos, saberes técnicos e comunitários, e combi-

na abordagens biomédicas, sociais e ambientais (Almeida Filho; Jucá, 2002). Essa heterogeneidade, longe de ser um problema, é fonte de potência, pois possibilita compreender problemas complexos sob múltiplas perspectivas. Entretanto, também impõe desafios à formação de consensos teóricos e metodológicos, gerando tensões entre disciplinas e correntes de pensamento.

A ampliação do conceito de saúde e a incorporação de determinantes sociais e ambientais reforçam a necessidade de um olhar interdisciplinar. Conforme apontam Dahlgren e Whitehead (1991), o estado de saúde de uma população é resultado de um gradiente que vai desde fatores individuais e estilos de vida até condições socioeconômicas, culturais e ambientais amplas. Essa matriz conceitual é fundamental para orientar políticas públicas mais eficazes e equitativas.

Não obstante, a Saúde Pública contemporânea é marcada por uma concepção ampliada, que ultrapassa a dimensão biomédica e incorpora determinantes sociais, culturais, econômicos e ambientais. Seu desenvolvimento histórico reflete mudanças nas formas de compreender e intervir sobre a saúde coletiva, passando de ações higienistas e focadas no controle de epidemias para estratégias integradas e participativas, voltadas à promoção da saúde e à equidade. Ao mesmo tempo, o campo continua a enfrentar desafios epistemológicos, políticos e operacionais que exigem constante reflexão e inovação. Assim, Almeida Filho e Jucá (2002) observam que compreender os conceitos, a evolução e a abrangência da Saúde Pública são essenciais para analisar criticamente seu estado do conhecimento, identificar tendências e lacunas, e orientar estratégias de pesquisa e intervenção capazes de responder às demandas complexas da sociedade contemporânea.

3 ESTADO DO CONHECIMENTO: CONCEITO E APLICAÇÃO

O termo “estado do conhecimento” refere-se a um tipo específico de revisão de literatura cujo objetivo central é identificar, sistematizar e analisar criticamente a totalidade de produções acadêmicas existentes sobre um determinado tema, em um recorte temporal e geográfico previamente definidos. Trata-se de uma metodologia que visa mapear o que já foi produzido, evidenciando tendências, abordagens teóricas, métodos empregados, lacunas e potenciais para investigações futuras (Morosini; Fernandes, 2014).

Embora frequentemente confundido com o “estado da arte”, há distinções importantes entre ambos. O estado da arte enfatiza obras, teorias e metodologias mais inovadoras ou de maior impacto no campo, enquanto o estado do conhecimento busca abarcar o conjunto da produção disponível, não se restringindo a trabalhos considerados “referência” ou “pioneiros” (Ferreira, 2002). Essa diferença é relevante, pois a amplitude do estado do conhecimento permite uma visão

panorâmica e abrangente, fundamental para áreas de conhecimento em constante expansão, como a Saúde Pública.

Historicamente, a prática de síntese de conhecimento remonta às primeiras revisões sistemáticas na Medicina e nas Ciências Sociais, mas o uso do termo “estado do conhecimento” consolidou-se no Brasil a partir da década de 1990, especialmente na área da Educação, quando pesquisadores passaram a utilizar essa abordagem para mapear a produção científica em teses e dissertações (Romanowski; Ens, 2006). Desde então, sua aplicação expandiu-se para outras áreas, inclusive a Saúde Coletiva, como estratégia para compreender não apenas o volume de publicações, mas também os caminhos epistemológicos e metodológicos percorridos pelos pesquisadores.

Do ponto de vista metodológico, o estado do conhecimento apresenta algumas etapas centrais. A primeira consiste na definição clara do objeto de estudo, delimitando conceitos-chave, população-alvo, área temática, recorte temporal e geográfico. Essa etapa é fundamental para evitar dispersão e garantir coerência interna à análise (Pizzani et al., 2012). Em seguida, realiza-se a seleção das fontes de informação. Na área da saúde, as bases de dados mais utilizadas incluem SciELO, LILACS, PubMed, Web of Science e Scopus, além de repositórios de teses e dissertações, como a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A escolha das fontes deve ser criteriosa, considerando critérios de relevância, abrangência e confiabilidade.

A terceira etapa envolve a elaboração de uma estratégia de busca, geralmente combinando descritores controlados — como os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou termos do Medical Subject Headings (MeSH) — com operadores booleanos para refinar a recuperação de documentos (Haddad; Pereira Neto, 2015). A reprodutibilidade dessa estratégia é um aspecto importante para assegurar a transparência do processo. Após a coleta, realiza-se a triagem do material, aplicando critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Em um estado do conhecimento, o objetivo não é restringir a amostra a estudos de alta qualidade metodológica, como em revisões sistemáticas, mas sim incluir toda a produção relevante para o tema. Por isso, podem ser incorporados estudos de natureza teórica, empírica, metodológica ou documental, desde que atendam aos critérios definidos.

A análise dos documentos pode ser conduzida por meio de diferentes abordagens, como análise de conteúdo (Bardin, 2011), análise bibliométrica ou mapeamento temático. Essa etapa visa identificar padrões, tendências e lacunas na produção científica. Em estudos de base epistemológica, como o presente, também se examinam as perspectivas teóricas adotadas, os paradigmas científicos predominantes e as possíveis assimetrias na valorização de diferentes tipos de saber.

A aplicação do estado do conhecimento na área de Saúde Pública apresenta relevância particular. Por se tratar de um campo interdisciplinar, com forte produção tanto no âmbito acadêmico quanto institucional, o mapeamento de sua produção científica contribui para compreender como diferentes áreas interagem, quais métodos são mais utilizados e como evoluem as agendas de pesquisa (Almeida Filho; Jucá, 2002).

Além disso, o estado do conhecimento fornece subsídios para a formulação de políticas públicas e para a tomada de decisão em saúde. Ao revelar quais temas estão sendo priorizados na produção científica, permite identificar áreas negligenciadas que necessitam de maior investimento em pesquisa. Por exemplo, um levantamento pode indicar que determinados grupos populacionais — como povos indígenas ou populações ribeirinhas — recebem pouca atenção em estudos epidemiológicos, evidenciando a necessidade de ampliação de abordagens inclusivas (Paim; Almeida Filho, 2014).

O potencial dessa metodologia para análise das influências epistemológicas que permeiam a produção científica também um aspecto relevante a ser considerado. Conforme Costa et al. (2021) o processo de examinar quais teorias, paradigmas ou marcos conceituais são mais citados e aplicados, permite que o pesquisador possa identificar hegemonias e ausências. Por exemplo, a prevalência de um enfoque biomédico em detrimento de perspectivas socioambientais pode indicar a necessidade de promover maior diversidade epistemológica no campo.

Na contemporaneidade, o estado do conhecimento também se beneficia do avanço das ferramentas digitais de análise de dados e mineração de textos, que possibilitam processar grandes volumes de publicações de forma mais ágil e detalhada. Softwares como VOSviewer, Bibliometrix e NVivo permitem visualizar redes de colaboração, mapas de coocorrência de palavras-chave e evolução temporal dos temas, enriquecendo as análises e ampliando a capacidade de síntese (Costa et al., 2021). Logo, o estado do conhecimento é uma abordagem metodológica que, ao reunir amplitude e sistematicidade, torna-se ferramenta essencial para compreender campos científicos complexos como a Saúde Pública. De acordo com Almeida Filho e Jucá (2002), a sua aplicação possibilita o mapeamento descritivo da produção, além também de uma leitura crítica que considera as dimensões epistemológicas e sociopolíticas da ciência. No contexto deste artigo, essa metodologia será mobilizada para identificar as principais tendências teóricas e metodológicas na produção científica recente sobre Saúde Pública, bem como as lacunas e desafios que persistem.

4 EPISTEMOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

A relação entre epistemologia e Saúde Pública é central para compreender como se produzem, validam e aplicam os conhecimentos nesse campo, bem como para reconhecer os condicionantes históricos, políticos e culturais que orientam sua prática. A epistemologia, entendida como o estudo crítico dos fundamentos, métodos e validade do conhecimento (Chalmers, 1999), fornece ferramentas para analisar a base conceitual da Saúde Pública, questionando seus pressupostos, métodos e implicações sociais. No contexto da saúde, isso significa refletir sobre a natureza dos saberes que a sustentam, os modos de produção e circulação desse conhecimento e suas interações com diferentes paradigmas científicos e sociais.

Historicamente, o pensamento em Saúde Pública foi moldado por um predomínio do paradigma biomédico, baseado na concepção positivista de ciência que emergiu no século XIX. Esse paradigma, influenciado por autores como Auguste Comte e pela tradição da medicina experimental de Claude Bernard, priorizou métodos quantitativos, causalidade linear e a busca por leis universais aplicáveis à prevenção e controle das doenças (Rosen, 1994). Nessa perspectiva, o conhecimento válido era aquele mensurável e reproduzível, com foco na objetividade e na neutralidade científica. Embora tenha contribuído para avanços expressivos no controle de doenças infecciosas e na ampliação da expectativa de vida, esse modelo reducionista mostrou-se insuficiente para lidar com problemas de saúde de natureza multifatorial e complexa.

A partir da segunda metade do século XX, impulsionado pela epidemiologia social e pelas ciências sociais aplicadas à saúde, emergiu um movimento de crítica e ampliação epistemológica. Thomas Kuhn (1998) e Imre Lakatos (1978), ainda que oriundos da filosofia da ciência, inspiraram reflexões sobre as mudanças de paradigmas e programas de pesquisa que afetaram diretamente a Saúde Pública. Kuhn (1998) destacou que a ciência não evolui de forma cumulativa, mas por rupturas paradigmáticas, o que é evidente na transição da visão estritamente biomédica para abordagens mais amplas e interdisciplinares. Lakatos (1978), por sua vez, contribuiu ao propor que teorias científicas se desenvolvem em programas de pesquisa que podem ser progressivos ou degenerativos, conceito útil para compreender a evolução das práticas em saúde coletiva.

Nesse processo, a Saúde Pública incorporou gradualmente abordagens críticas e construtivistas que reconhecem a influência de fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais no processo saúde-doença. A epistemologia crítica, influenciada por autores como Paulo Freire (1987) e Boaventura de Sousa Santos (2006), trouxe para o campo a noção de que o conhecimento em saúde não é neutro, mas situado, permeado por relações de poder e por disputas de sentido. Santos (2006), ao propor as “Epistemologias do Sul”, defende que a produção científica deve

dialogar com saberes populares e tradicionais, reconhecendo a pluralidade epistêmica e combatendo a monocultura do conhecimento científico hegemônico. Essa perspectiva é particularmente relevante para a Saúde Pública brasileira, dada a diversidade sociocultural e a necessidade de incorporar saberes indígenas, afro-brasileiros e comunitários às políticas e práticas de saúde.

A complexidade crescente dos problemas de saúde contemporâneos – como pandemias, doenças crônicas não transmissíveis, crises ambientais e desigualdades sociais – exige um enquadramento epistemológico capaz de integrar múltiplos referenciais. Nesse sentido, a teoria da complexidade, formulada por Morin (2011), propõe um pensamento que supere a fragmentação disciplinar e articule dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ecológicas. Morin defende que a compreensão da saúde requer considerar as interações e interdependências entre sistemas, reconhecendo a incerteza e a imprevisibilidade como elementos inerentes aos fenômenos complexos.

Do ponto de vista metodológico, essa ampliação epistemológica implica reconhecer o valor tanto de métodos quantitativos quanto qualitativos, superando a dicotomia entre “ciências duras” e “ciências humanas”. A triangulação de métodos, preconizada por Denzin e Lincoln (2011), permite captar a dimensão estatística e objetiva dos problemas de saúde, bem como suas significações sociais e culturais. Essa abordagem híbrida é essencial para construir políticas mais efetivas, pois possibilita compreender não apenas a distribuição epidemiológica das doenças, mas também os contextos de vida das populações afetadas.

Outro aspecto relevante é a epistemologia da prática, que analisa a forma como o conhecimento científico é traduzido em ações concretas no campo da Saúde Pública. Schön (2000) destaca que o profissional atua em situações de incerteza e singularidade, o que exige um saber prático-reflexivo capaz de adaptar diretrizes gerais a contextos específicos. No âmbito da saúde coletiva, isso significa que protocolos e políticas precisam dialogar com realidades locais, evitando a aplicação mecânica de modelos universais.

A Saúde Pública também se beneficia das contribuições da epistemologia feminista, que denuncia vieses de gênero na produção e aplicação do conhecimento. Haraway (1988) e Harding (1991) argumentam que a objetividade científica deve ser repensada a partir da noção de “saberes situados”, reconhecendo que toda produção de conhecimento parte de uma perspectiva particular. Essa abordagem amplia a capacidade da Saúde Pública de responder às necessidades específicas de grupos historicamente marginalizados, como mulheres, populações LGBTQIA+ e comunidades periféricas.

No contexto brasileiro, a integração entre epistemologia e Saúde Pública encontra expressão no campo da Saúde Coletiva, que articula práticas interdisci-

plinares, crítica social e participação comunitária. Paim e Almeida Filho (1998) destacam que a Saúde Coletiva não é apenas uma prática, mas um projeto político-epistemológico que busca compreender a saúde como resultado de um processo social, superando a dicotomia entre prevenção e assistência. Essa concepção rompe com a ideia de neutralidade e reconhece que a produção de conhecimento em saúde está imersa em disputas ideológicas e interesses econômicos.

O fortalecimento dessa perspectiva exige também o desenvolvimento de uma epistemologia transdisciplinar, capaz de integrar saberes científicos e não científicos na formulação de políticas públicas. Nicolescu (2002) defende que a transdisciplinaridade não é apenas um método, mas uma postura epistemológica que busca compreender a realidade a partir de múltiplos níveis e lógicas. Aplicada à Saúde Pública, essa visão implica o diálogo entre epidemiologia, antropologia, economia, ciências ambientais e saberes tradicionais, construindo respostas mais abrangentes e sustentáveis.

Nesse sentido, a epistemologia aplicada à Saúde Pública evidencia que a produção de conhecimento não é neutra nem linear, mas situada, plural e permeada por disputas. Chalmers (1999) observa que a evolução do campo demonstra uma transição de paradigmas que vai do modelo biomédico positivista à incorporação de abordagens críticas, construtivistas e complexas, com ênfase na interdisciplinaridade e na participação social. Esse movimento é fundamental para enfrentar os desafios contemporâneos, pois permite construir práticas e políticas que considerem não apenas as dimensões biológicas das doenças, mas também suas raízes sociais, culturais e ambientais. Ao reconhecer a pluralidade epistemológica e valorizar o diálogo entre diferentes formas de saber, a Saúde Pública fortalece seu compromisso ético e político com a promoção da equidade e da justiça social.

5 UM PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE PÚBLICA: TENDÊNCIAS EPISTEMOLÓGICAS

A produção científica em Saúde Pública, especialmente a partir do final do século XX, vem apresentando um crescimento expressivo, tanto em volume de publicações quanto em diversidade temática e metodológica. Este fenômeno é resultado da consolidação da área como campo interdisciplinar, articulando saberes provenientes das ciências biomédicas, sociais e ambientais, e respondendo a desafios globais complexos como as mudanças climáticas, as transições demográficas e epidemiológicas e as desigualdades em saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007). A análise desse panorama permite identificar não apenas as temáticas predominantes, mas também as tendências epistemológicas que moldam o desenvolvimento do conhecimento na área, revelando as dinâmicas de poder, as orientações para-

digmáticas e as lacunas persistentes.

Nos países de alta renda, a produção científica em Saúde Pública tem historicamente se concentrado na modelagem epidemiológica, nos estudos clínicos de larga escala e nas intervenções baseadas em evidências (Sackett et al., 1996). Esse enfoque, fortemente alinhado ao paradigma positivista, privilegia métodos quantitativos e a lógica causal linear, reforçando a noção de que problemas de saúde podem ser solucionados por meio de intervenções tecnicamente precisas e replicáveis. Embora essa abordagem tenha proporcionado avanços significativos, como o controle de doenças infecciosas e o aumento da expectativa de vida, ela também tem sido criticada por reduzir a complexidade dos determinantes sociais e culturais da saúde a variáveis estatísticas (Krieger, 2011).

Em contextos latino-americanos, a produção científica tem se caracterizado por uma tradição crítica que, a partir da década de 1970, incorporou fortemente a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, influenciada pelas obras de Breilh (2006) e Laurell (1982). Essa vertente epistemológica rompe com a fragmentação entre biológico e social, defendendo uma abordagem integral e interdisciplinar, na qual a saúde é compreendida como produto de processos históricos e estruturais. Tal perspectiva contribuiu para que a pesquisa em Saúde Pública no Brasil, em especial no campo da Saúde Coletiva, se alinhasse a princípios de justiça social e participação comunitária, influenciando políticas públicas e estratégias de atenção primária.

A partir da década de 2000, observa-se um aumento da produção científica voltada para temas emergentes como saúde ambiental, impactos das mudanças climáticas, doenças crônicas não transmissíveis e, mais recentemente, a saúde digital e o uso de big data em vigilância epidemiológica (Razzouk; Zorzetto, 2010). Essa expansão temática reflete a crescente complexidade dos problemas de saúde e a necessidade de abordagens intersetoriais, nas quais o diálogo entre disciplinas é não apenas desejável, mas indispensável. Contudo, tal interdisciplinaridade, embora frequentemente evocada, nem sempre se concretiza de forma equilibrada, havendo ainda predomínio de abordagens biomédicas em detrimento das dimensões culturais e subjetivas (Gómez; Minayo, 2010).

Do ponto de vista epistemológico, é possível identificar, na literatura recente, uma tensão entre duas grandes tendências: de um lado, a manutenção de um núcleo duro positivista, centrado na produção de evidências quantitativas e na hierarquização de métodos segundo sua suposta robustez; de outro, a valorização de abordagens construtivistas, críticas e participativas, que reconhecem a pluralidade de saberes e a importância da contextualização histórica e social dos fenômenos de saúde (Popper, 2008; Kuhn, 2013). Essa tensão não é meramente teórica, mas se expressa na definição de agendas de pesquisa, na seleção de metodologias e na

própria avaliação do mérito científico.

No caso brasileiro, a análise bibliométrica de periódicos de referência como *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista de Saúde Pública* demonstra que, embora a pesquisa quantitativa siga predominando, há um crescimento consistente de estudos qualitativos e de métodos mistos, especialmente voltados para a análise de políticas públicas, experiências comunitárias e avaliação de programas (Pereira Neto; Lucena, 2015). Essa mudança sugere um avanço no sentido de integrar diferentes perspectivas epistemológicas, ainda que de forma assimétrica.

Outro aspecto relevante é a internacionalização da produção científica em Saúde Pública. A crescente indexação de periódicos latino-americanos em bases de dados como a Scopus e a Web of Science ampliou a visibilidade internacional dos estudos produzidos na região, mas também trouxe desafios relacionados à adoção de padrões editoriais e linguísticos hegemônicos, muitas vezes alinhados a visões eurocêntricas de ciência (Santos, 2014). Isso pode gerar um tensionamento entre a necessidade de dialogar globalmente e a preservação de abordagens críticas e contextualmente enraizadas.

O advento da pandemia de COVID-19, a partir de 2020, catalisou mudanças significativas no cenário da produção científica em Saúde Pública. A urgência da crise sanitária impulsionou a publicação acelerada de estudos, a adoção de plataformas de pré-prints e o uso massivo de dados em tempo real para modelagem epidemiológica (Lancet, 2020). Epistemologicamente, esse momento expôs tanto a potência quanto as fragilidades da ciência contemporânea: a capacidade de resposta rápida e a cooperação internacional convivendo com problemas de qualidade metodológica, conflitos de interesse e circulação de informações não validadas. Ademais, reforçou-se a percepção da necessidade de integrar dimensões sociais, econômicas e políticas na compreensão de fenômenos sanitários globais.

As tendências epistemológicas atuais apontam para um cenário de transição. Há um movimento em direção à ciência aberta, à valorização de dados compartilhados e à colaboração interdisciplinar, ao mesmo tempo em que persistem desigualdades no acesso à produção e ao uso do conhecimento. Além disso, cresce o reconhecimento da importância de epistemologias plurais, capazes de dialogar com saberes indígenas, comunitários e tradicionais, especialmente no enfrentamento de problemas ambientais e de saúde relacionados à sustentabilidade (Escobar, 2016).

Escobar (2016) também reitera que o panorama da produção científica em Saúde Pública apresenta um campo em expansão e transformação, no qual diferentes matrizes epistemológicas coexistem e disputam legitimidade. É possível observar um processo de fortalecimento de abordagens críticas e interdisciplinares, bem como a ampliação do diálogo com saberes não-hegemônicos, representa um cami-

no promissor para a construção de um conhecimento mais robusto, contextualizado e socialmente comprometido. Contudo, para que essa transição se consolide, será necessário enfrentar desafios estruturais relacionados ao financiamento da pesquisa, à formação de pesquisadores e à superação de barreiras epistemológicas e institucionais que ainda limitam a pluralidade do campo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou oferecer uma reflexão epistemológica acerca do estado do conhecimento em Saúde Pública, articulando um panorama conceitual, histórico e metodológico com a análise das tendências de produção científica e dos desafios teóricos e práticos enfrentados pela área. A discussão revelou que a Saúde Pública, enquanto campo de saber e prática social, está intrinsecamente vinculada a processos históricos de organização social, avanços científicos e transformações políticas, sendo permeada por múltiplos paradigmas que coexistem, dialogam e, por vezes, entram em tensão.

A análise teórica e a revisão de literatura apontaram que a Saúde Pública, desde sua constituição moderna no século XIX, esteve fortemente associada ao paradigma biomédico, com enfoque no controle de doenças e na higienização social. Contudo, ao longo do século XX, especialmente a partir das formulações de saúde coletiva na América Latina e do movimento pela determinação social da saúde, houve uma ampliação do escopo conceitual e metodológico da área, incorporando dimensões sociais, culturais, econômicas e ambientais. Essa transformação epistemológica é fundamental para compreender as tendências atuais de produção científica, que se orientam progressivamente para a interdisciplinaridade e para abordagens integradas de saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Do ponto de vista epistemológico, o estudo evidenciou que a Saúde Pública contemporânea opera em um campo de pluralismo paradigmático, no qual coexistem perspectivas quantitativas, qualitativas, mistas e participativas. Esse cenário possibilita maior abrangência de análise e intervenção, mas também traz desafios relacionados à coerência teórica, à integração de diferentes níveis de análise e à valorização de saberes não-hegemônicos, como os conhecimentos tradicionais e comunitários. Tais questões remetem diretamente à necessidade de um diálogo mais efetivo entre ciência, políticas públicas e práticas sociais, reforçando o papel da epistemologia como ferramenta crítica para a orientação e a legitimação do conhecimento produzido.

A sistematização do panorama da produção científica revelou um crescimento significativo da literatura em Saúde Pública, especialmente a partir dos anos 2000, impulsionado pela consolidação de periódicos especializados, pela expansão da

pós-graduação e pela maior disponibilidade de financiamento para pesquisas em saúde. Observou-se que as temáticas mais recorrentes incluem vigilância epidemiológica, políticas públicas de saúde, promoção da saúde e determinantes sociais. No entanto, persiste a predominância de estudos com desenho quantitativo e enfoque biomédico, o que indica a necessidade de maior incentivo a pesquisas qualitativas e interdisciplinares, capazes de captar a complexidade dos fenômenos de saúde.

Do ponto de vista prático, os achados sugerem que a produção de conhecimento em Saúde Pública precisa avançar no sentido de romper com a fragmentação disciplinar e adotar perspectivas integradas que dialoguem com diferentes matrizes epistemológicas. Isso implica reconhecer que a saúde é um fenômeno multidimensional, que demanda abordagens articuladas entre biologia, ciências sociais, economia, ecologia e cultura. Tal reconhecimento é essencial para enfrentar os desafios contemporâneos, como as mudanças climáticas, as pandemias, as desigualdades sociais e as novas configurações demográficas e epidemiológicas.

Outro ponto relevante é a necessidade de valorizar e institucionalizar práticas de tradução do conhecimento, de modo que os resultados das pesquisas não se restrinjam ao meio acadêmico, mas alcancem efetivamente gestores, profissionais de saúde e comunidades. Essa dimensão de transferência e aplicação do saber, muitas vezes negligenciada, é central para que a produção científica cumpra seu papel social, promovendo mudanças concretas nas condições de saúde e de vida da população.

Assim, conclui-se que a reflexão epistemológica sobre a Saúde Pública não é apenas um exercício teórico, mas um instrumento estratégico para orientar a pesquisa, a formação profissional e a formulação de políticas mais efetivas e equitativas. É urgente que pesquisadores e instituições reconheçam a importância de compreender e mapear os paradigmas que orientam a área, identificando suas potencialidades e limitações, para que se possa avançar rumo a uma ciência mais inclusiva, crítica e socialmente comprometida. Nesse sentido, este estudo reforça que o fortalecimento da Saúde Pública no Brasil e no mundo depende da capacidade de integrar múltiplos saberes, promover a justiça social e enfrentar, com rigor e criatividade, os complexos desafios que caracterizam a saúde no século XXI.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, A. Saúde Coletiva: campo de saber e de prática. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7-24, 2002.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.
- BREILH, J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CHALMERS, Alan. *O que é ciência afinal?* São Paulo: Brasiliense, 1999.
- COSTA, M. M. et al. Bibliometria e mineração de textos: técnicas e ferramentas para análise de dados científicos. *Revista Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 214-234, 2021.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. *The SAGE handbook of qualitative research*. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2011.
- ESCOBAR, A. *Sentipensar con la Tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: Ediciones Unaula, 2016.
- FERREIRA, N. S. C. As pesquisas denominadas “estado da arte” ou “estado do conhecimento” na Educação. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, 2002.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GIBBS, E. P. One Health and the politics of antimicrobial resistance. *Veterinary Record*, v. 174, n. 17, p. 411-415, 2014.
- GÓMEZ, C. M.; MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: necessidade e desafio para a Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 219-230, 2010.
- HADDAD, E. A.; PEREIRA NETO, A. Estratégias de busca em bases de dados bibliográficas: fundamentos e aplicações. *Transinformação*, Campinas, v. 27, n. 3, p. 309-318, 2015.
- HARAWAY, Donna. Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, v. 14, n. 3, p. 575-599, 1988.
- HARDING, Sandra. *Whose science? Whose knowledge?* Ithaca: Cornell University Press, 1991.
- KRIEGER, N. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- LAKATOS, Imre. *The methodology of scientific research programmes*. Cambridge:

Cambridge University Press, 1978.

LANCET. COVID-19: too little, too late? *The Lancet*, Londres, v. 395, n. 10226, p. 755, 2020.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LERNER, H.; BERGESON, A. The One Health concept — 10 years old and a long road ahead. *Veterinary Record*, v. 186, n. 22, p. 693-696, 2020.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MOROSINI, M. C.; FERNANDES, C. S. Estado do conhecimento: conceitos, finalidades e interlocuções. *Educação por Escrito*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 154-164, 2014.

NICOLESCU, Basarab. *O manifesto da transdisciplinaridade*. São Paulo: Triom, 2002.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PEREIRA NETO, A. F.; LUCENA, A. F. Pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: panorama e desafios. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 1-15, 2015.

PIZZANI, L. et al. A arte de revisar a literatura: busca e análise de publicações científicas. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 16-24, 2012.

POPPER, K. R. *A lógica da pesquisa científica*. 16. ed. São Paulo: Cultrix, 2008.

RAZZOUK, D.; ZORZETTO, R. Big data na saúde: perspectivas e desafios. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 964-973, 2010.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. As pesquisas denominadas “estado da arte” em Educação. *Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 6, n. 19, p. 37-50, 2006.

ROSEN, G. *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994.

ROSEMBERG, B. *História da Saúde Pública no Brasil*. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 55-68, 1995.

SACKETT, D. L. et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, Londres, v. 312, p. 71-72, 1996.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006.

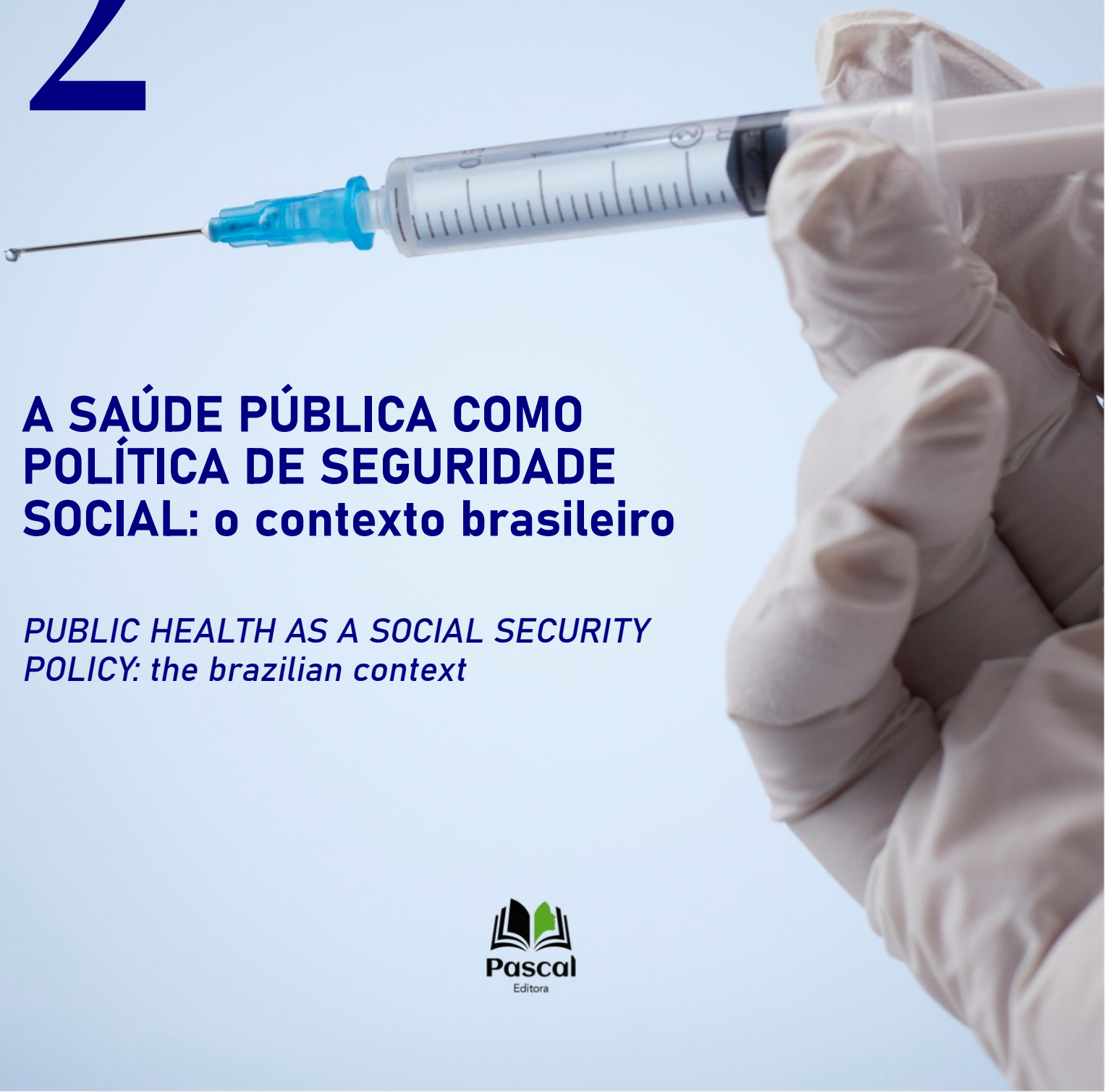
SANTOS, B. de S. *Epistemologies of the South: justice against epistemicide*. Boulder: Paradigm Publishers, 2014.

SCHÖN, Donald A. *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

UNITED NATIONS. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN, 2015.

WINSLOW, C.-E. A. The untilled fields of public health. *Science*, v. 51, n. 1306, p. 23-33, 1920.

2



A SAÚDE PÚBLICA COMO POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL: o contexto brasileiro

*PUBLIC HEALTH AS A SOCIAL SECURITY
POLICY: the brazilian context*

Resumo

O presente artigo analisa a saúde pública como componente essencial da seguridade social no Brasil, refletindo sobre sua dimensão histórica, normativa e social. Parte-se do entendimento da seguridade social como um sistema integrado, que busca assegurar o bem-estar e a proteção social por meio da saúde, previdência e assistência social. A saúde é aqui tratada como direito fundamental e universal, reconhecido constitucionalmente, e como elemento estruturante para a efetivação da cidadania. O estudo discute o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública central para a promoção da equidade, da universalidade e da integralidade na atenção à saúde, destacando avanços e limites de sua implementação. A partir de uma revisão crítica da literatura e de marcos normativos, são analisadas as contradições entre o direito universal à saúde e os desafios impostos pelas desigualdades sociais, pela subfinanciamento e pela crescente influência do setor privado. O artigo também apresenta reflexões sobre os desafios contemporâneos, como o envelhecimento populacional, a ampliação da cobertura de serviços, os impactos de crises sanitárias e as transformações sociais e econômicas que incidem sobre a saúde pública no Brasil. Conclui-se que o fortalecimento da saúde pública é imperativo para garantir a justiça social e a efetividade da seguridade social.

Palavras-chave: Saúde Pública; Seguridade Social; Políticas Públicas; Brasil.

Abstract

This article analyzes public health as an essential component of social security in Brazil, reflecting on its historical, normative, and social dimensions. It starts from the understanding of social security as an integrated system that aims to ensure well-being and social protection through health, social security, and social assistance. Health is addressed as a fundamental and universal right, constitutionally recognized, and as a structuring element for the realization of citizenship. The study discusses the role of the Unified Health System (SUS) as a central public policy for promoting equity, universality, and comprehensiveness in health care, highlighting both the advances and limitations of its implementation. Based on a critical review of the literature and normative frameworks, the contradictions between the universal right to health and the challenges posed by social inequalities, underfunding, and the growing influence of the private sector are analyzed. The article also presents reflections on contemporary challenges, such as population aging, the expansion of service coverage, the impacts of health crises, and the social and economic transformations that affect public health in Brazil. It concludes that strengthening public health is imperative to guarantee social justice and the effectiveness of social security.

Keywords: Public Health; Social Security; Public Policies; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública, enquanto política de seguridade social, ocupa um papel central na promoção do bem-estar coletivo e na concretização dos direitos fundamentais previstos no ordenamento jurídico brasileiro. A Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico ao instituir a saúde como um direito universal e integral, assegurado a todos os cidadãos e de responsabilidade do Estado, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a saúde deixou de ser concebida apenas como ausência de doenças para ser compreendida como resultado de determinantes sociais, econômicos e ambientais, o que ampliou a perspectiva das políticas públicas voltadas à proteção social (Brasil, 1988).

O campo da seguridade social, conforme delineado no artigo 194 da Constituição, estrutura-se sobre três pilares interdependentes: saúde, previdência social e assistência social. A saúde, dentro dessa tríade, destaca-se como a política que assegura, de maneira universal, a proteção da vida e da dignidade humana, sendo considerada um direito de cidadania inalienável (Santos; Giovanella, 2018). Tal universalidade reflete não apenas um ideal normativo, mas também um desafio concreto em um país caracterizado por profundas desigualdades socioeconômicas, que se expressam em disparidades de acesso, qualidade e financiamento dos serviços de saúde.

No Brasil, a trajetória da saúde pública como política de seguridade social revela avanços e retrocessos. A criação do SUS foi um resultado direto das lutas do movimento sanitarista e da redemocratização do país, estabelecendo princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade (Paim, 2008). Entretanto, o modelo constitucional enfrentou, desde o início, barreiras estruturais e conjunturais, que vão desde a insuficiência de recursos financeiros até a interferência de interesses políticos e econômicos no desenho das políticas públicas (Mendes; Funcia, 2020).

Além disso, o subfinanciamento crônico do SUS constitui uma das maiores fragilidades para sua consolidação. Estudos apontam que o gasto público em saúde no Brasil permanece abaixo da média de países com sistemas universais, o que compromete a efetividade dos princípios constitucionais e acentua a desigualdade de acesso aos serviços (OECD, 2021). Essa realidade se torna ainda mais complexa diante das crises econômicas e das políticas de austeridade fiscal que restringem investimentos sociais, como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que limitou os gastos públicos por 20 anos (Funcia, 2019).

Outro aspecto importante a ser considerado é a tensão entre o setor público e o privado na prestação de serviços de saúde. Embora o SUS represente a espi-

nha dorsal do sistema, grande parte da população depende de planos privados para suprir lacunas de acesso e qualidade, criando uma dinâmica de dupla porta de entrada que reforça desigualdades estruturais (Bahia, 2020). Essa coexistência complexa gera um cenário de disputa por recursos e fragiliza a universalidade do sistema público. Por outro lado, não se pode ignorar os avanços significativos alcançados pela saúde pública brasileira. O SUS desempenhou papel fundamental em políticas exitosas de imunização, no enfrentamento de epidemias como a AIDS e a COVID-19, além da ampliação do acesso a medicamentos essenciais e programas de atenção básica (Viana; Machado, 2009). Esses resultados demonstram a relevância e a potência do sistema, mesmo em condições adversas.

Diante desse panorama, emerge a necessidade de refletir criticamente sobre a saúde pública como política de seguridade social no contexto brasileiro. Essa reflexão deve considerar não apenas o marco jurídico e institucional, mas também os desafios contemporâneos relacionados à sustentabilidade financeira, à gestão participativa e à efetivação dos direitos sociais. Nesse sentido, compreender o papel da saúde como um eixo estruturante da seguridade social exige analisar sua função para além da dimensão assistencial, reconhecendo-a como instrumento de justiça social e de redução das desigualdades.

O problema que se coloca neste artigo reside justamente nas contradições entre o modelo constitucional de saúde pública, que prevê um sistema universal, gratuito e integral, e a realidade prática de sua implementação, marcada por restrições orçamentárias, desigualdades regionais e influências de interesses políticos e econômicos. A pergunta que orienta a discussão pode ser formulada nos seguintes termos: quais são os principais desafios e perspectivas da saúde pública brasileira enquanto política de seguridade social?

O objetivo geral deste estudo é refletir sobre a importância da saúde pública como um dos pilares da seguridade social brasileira, discutindo suas conquistas, limites e perspectivas diante do cenário contemporâneo. Como objetivos específicos, busca-se: (a) analisar o papel da saúde dentro da estrutura da seguridade social no Brasil; (b) discutir os avanços e desafios do SUS desde sua criação; e (c) refletir sobre as perspectivas de fortalecimento da saúde pública frente às crises políticas, econômicas e sociais.

A relevância deste trabalho reside na necessidade de fortalecer o debate acadêmico e político em torno da saúde pública como direito fundamental e como política central para a cidadania. Em tempos de crise econômica, de disputas ideológicas e de ameaças à efetividade dos direitos sociais, torna-se imprescindível reafirmar a importância do SUS e da seguridade social como instrumentos de proteção da vida e da dignidade humana. Além disso, este estudo contribui para a compreensão crítica da saúde pública no Brasil, oferecendo subsídios para a for-

mulação de políticas mais equitativas, sustentáveis e eficazes. Assim, a introdução do presente artigo estabelece as bases para uma análise que busca compreender a saúde pública não apenas como um serviço estatal, mas como expressão do pacto social firmado na Constituição de 1988, que visa garantir a todos os brasileiros o direito à saúde, à cidadania e à justiça social.

2 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: HISTÓRICO E PRINCÍPIOS

A seguridade social no Brasil constitui-se como um dos pilares fundamentais do Estado Democrático de Direito instituído pela Constituição Federal de 1988. Representa a materialização do compromisso social assumido pelo país em assegurar direitos básicos voltados à proteção da cidadania, buscando minimizar as desigualdades sociais e garantir padrões mínimos de dignidade à população. No texto constitucional, a seguridade social é definida como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988, p. 137).

O princípio da seguridade social, nesse sentido, dialoga com a própria concepção de Estado de Bem-Estar Social, que emergiu no cenário internacional no pós-Segunda Guerra Mundial e inspirou diversos ordenamentos jurídicos ao redor do mundo. Segundo Marshall (1967), a cidadania moderna se desenvolve em três dimensões – civil, política e social –, sendo esta última consolidada justamente pela expansão dos direitos sociais, entre eles a seguridade. No Brasil, esse processo foi marcado por avanços tardios, tendo em vista a predominância de um modelo excludente de proteção social até a segunda metade do século XX, voltado prioritariamente para trabalhadores urbanos formais (Draibe, 1993).

A Constituição de 1988 representou, portanto, uma ruptura paradigmática. Diferentemente do modelo anterior, centrado em políticas segmentadas e contributivas, o novo marco jurídico estabeleceu a universalização dos direitos sociais e reconheceu a saúde, a previdência e a assistência como dimensões indissociáveis de um mesmo sistema de proteção (Boschetti, 2018). Esse caráter inovador colocou a seguridade social brasileira em consonância com os princípios da universalidade da cobertura, da equidade na forma de participação no custeio e da seletividade na prestação dos benefícios, conforme explicitado no artigo 194 da Carta Magna (Brasil, 1988).

No campo da previdência social, consolidou-se o modelo contributivo voltado aos trabalhadores e seus dependentes, que garante renda em situações de afastamento temporário ou permanente do trabalho, como aposentadorias, pen-

sões e auxílios. A previdência, além de sua função protetiva, desempenha papel econômico relevante, sobretudo em municípios de pequeno porte, nos quais o pagamento de benefícios previdenciários constitui parte significativa da renda local (Giambiagi; Afonso, 2011). Por sua vez, a assistência social foi estruturada como política pública não contributiva, destinada a atender indivíduos em situação de vulnerabilidade, independentemente de contribuição prévia, assegurando benefícios como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993 (Boschetti, 2018).

A saúde, por sua vez, foi elevada ao status de direito universal e dever do Estado, materializando-se na criação do SUS. Conforme Paim (2008), a instituição do SUS consolidou o princípio da universalidade e representou uma vitória dos movimentos sociais e sanitaristas, que pautaram a redemocratização do país. Com isso, o acesso à saúde passou a ser garantido a todos os cidadãos, independentemente de contribuição, em consonância com os princípios de integralidade e equidade.

Apesar de seu caráter inovador, a seguridade social brasileira enfrenta desafios persistentes. Um dos principais refere-se ao financiamento. O artigo 195 da Constituição estabeleceu que o custeio da seguridade seria feito por meio de contribuições sociais incidentes sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro das empresas, além de receitas provenientes de concursos de prognósticos. Contudo, ao longo das últimas décadas, esse modelo foi alvo de disputas políticas e reformas que fragilizaram sua sustentabilidade. A desvinculação de receitas da União (DRU), criada nos anos 1990, autorizou a utilização de parcela significativa dos recursos da seguridade para outras finalidades, comprometendo a efetividade das políticas sociais (Mendes; Funcia, 2020).

As políticas de austeridade fiscal agravaram ainda mais esse quadro. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o teto de gastos públicos, limitou os investimentos em saúde, previdência e assistência, provocando um estrangulamento orçamentário das políticas sociais (Funcia, 2019). Segundo estudos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2021), o Brasil investe proporcionalmente menos em saúde e proteção social em comparação com países que possuem sistemas de seguridade universal, o que compromete a efetividade do pacto social firmado em 1988.

Merece destaque também discutir sobre a tensão entre o caráter universal da seguridade e as desigualdades estruturais do país. Conforme Santos e Giovanella (2018), a universalização dos direitos sociais no Brasil esbarra em barreiras históricas como a desigualdade regional, a precarização das relações de trabalho e a insuficiência de políticas redistributivas. Esse contexto gera uma contradição: embora a seguridade seja universal em sua formulação jurídica, seu alcance prático

ainda se mostra desigual e restrito.

A dinâmica contemporânea da seguridade social também está diretamente ligada às transformações do mundo do trabalho. A expansão da informalidade, intensificada a partir das reformas trabalhistas e das novas formas de organização produtiva, tem gerado impactos significativos na sustentabilidade da previdência, uma vez que grande parcela da população não contribui para o sistema. Para Marques e Mendes (2020), esse cenário demanda um repensar das bases contributivas e o fortalecimento das políticas não contributivas como instrumentos de inclusão social.

Apesar dos desafios, a seguridade social no Brasil permanece como um marco civilizatório de proteção e de promoção da cidadania. Representa a tentativa de consolidar um modelo de Estado comprometido com a justiça social, ainda que limitado por disputas políticas e restrições econômicas. Como destacam Vianna (2002) e Paim (2008), a seguridade social brasileira deve ser entendida como um projeto em constante disputa, no qual os avanços conquistados convivem com ameaças de retrocesso.

Assim, compreender a trajetória, os princípios e os desafios da seguridade social no Brasil são fundamentais para avaliar não apenas o presente, mas também as perspectivas futuras da proteção social no país. Boschetti (2018) compreende que a análise da evolução histórica e das contradições da seguridade social no Brasil no contexto da saúde pública no Brasil permite reafirmar a centralidade da seguridade como instrumento de redução das desigualdades, de promoção do bem-estar coletivo e de concretização dos direitos fundamentais estabelecidos pela Constituição de 1988.

3 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A saúde, no ordenamento jurídico brasileiro, é reconhecida como um direito fundamental de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas públicas sociais e econômicas que visam à redução dos riscos de doenças e outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Essa concepção inovadora, introduzida pela Constituição Federal de 1988, rompeu com um passado marcado pela exclusividade contributiva e pela fragmentação da proteção social em saúde, situando o Brasil entre os países que consagram a saúde como um bem público e direito universal.

O reconhecimento da saúde como direito fundamental decorre de uma evolução histórica e conceitual. No plano internacional, documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 já previam, em seu artigo 25, o direito

de toda pessoa a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem-estar. No Brasil, entretanto, até a década de 1980, a saúde era vinculada à previdência social, restringindo-se aos trabalhadores com carteira assinada. Essa lógica excludente começou a ser contestada por movimentos sociais e sanitaristas que, no processo de redemocratização, reivindicaram um sistema de saúde universal, culminando na criação do SUS (PAIM, 2008).

A Constituição de 1988, nesse sentido, pode ser considerada um divisor de águas, pois elevou a saúde ao patamar de direito social fundamental, consagrado no artigo 6º e regulamentado nos artigos 196 a 200. Como observa Sarlet (2012), a fundamentalidade do direito à saúde se expressa em três dimensões: como direito subjetivo público de acesso a bens e serviços de saúde; como dever jurídico imposto ao Estado; e como um direito instrumental indispensável à efetivação de outros direitos, notadamente o direito à vida e à dignidade da pessoa humana.

A dimensão da saúde como direito social fundamental também implica uma perspectiva ampliada do conceito. AOMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1946). Essa concepção foi incorporada pela Constituição de 1988 ao reconhecer a importância dos determinantes sociais da saúde, como educação, saneamento, trabalho e moradia, ampliando o escopo da ação estatal. Assim, o direito à saúde não se limita ao tratamento de enfermidades, mas envolve políticas integradas de promoção e prevenção (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

O SUS, principal instrumento de efetivação do direito à saúde no Brasil, foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. O SUS se fundamenta em três princípios doutrinários – universalidade, integralidade e equidade – e três princípios organizativos – descentralização, regionalização e participação social (Paim, 2008). Tais princípios asseguram não apenas o acesso universal, mas também a integralidade das ações, desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, e a equidade, que busca corrigir desigualdades históricas no acesso à saúde.

Apesar de sua robustez normativa, a efetivação da saúde como direito fundamental enfrenta obstáculos estruturais. O subfinanciamento crônico é apontado como um dos maiores desafios. Mendes e Funcia (2020) destacam que, desde sua criação, o SUS convive com insuficiência de recursos, agravada pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, impondo severas restrições ao financiamento da saúde. Funcia (2019) ressalta que essa medida compromete a universalidade do sistema e amplia as desigualdades regionais.

A coexistência entre o setor público e o setor privado de saúde é um aspecto relevante nesse contexto. Embora o SUS represente a espinha dorsal do sistema, cerca de 25% da população recorre a planos privados, geralmente em busca de

maior agilidade no acesso e infraestrutura (Bahia, 2020). Essa dinâmica cria uma “dupla porta de entrada” no sistema de saúde, o que fragiliza a universalidade e reforça a segmentação, já que o setor privado se concentra nos grupos de maior poder aquisitivo, enquanto o setor público atende a maioria da população, frequentemente em condições adversas.

Adicionalmente, a saúde como direito fundamental deve ser entendida em sua relação direta com a cidadania. Para Fleury (2011), a saúde constitui um dos principais instrumentos de consolidação da democracia, pois possibilita que os cidadãos exerçam plenamente seus direitos civis e políticos. A ausência de acesso adequado à saúde implica restrição do exercício da cidadania e perpetuação das desigualdades sociais.

Não obstante os desafios, os avanços alcançados pelo SUS são significativos. Programas de vacinação, políticas de atenção básica como a Estratégia Saúde da Família, e ações de combate a epidemias como a AIDS e a COVID-19 demonstram a relevância do sistema para a garantia do direito à saúde (Viana; Machado, 2009). Ademais, a participação social, por meio de conselhos e conferências de saúde, constitui inovação democrática, possibilitando que a sociedade civil influencie diretamente na formulação e no controle das políticas públicas (Souza; Cunha, 2019).

É importante destacar que a saúde, enquanto direito fundamental, não se resume a uma dimensão jurídica, mas é também um campo de disputas políticas e econômicas. Vianna (2002) ressalta que a saúde, no Brasil, é constantemente tensionada entre o projeto universalista da Constituição e as pressões do mercado e de políticas neoliberais que buscam reduzir o papel do Estado. Esse embate evidencia que o direito à saúde não é apenas uma garantia formal, mas um espaço em permanente disputa e construção.

Paim (2008) reitera que a saúde como direito fundamental no Brasil revela uma conquista civilizatória, mas também um campo de desafios. O reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado constitui um marco jurídico e político, contudo sua efetivação exige enfrentamento de obstáculos como o subfinanciamento, a segmentação público-privado e as desigualdades regionais. Reafirmar a saúde como direito fundamental significa, assim, defender não apenas um princípio jurídico, mas a própria essência do pacto social firmado em 1988, em que a dignidade da pessoa humana constitui fundamento maior da República.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

As políticas públicas de saúde no Brasil são resultado de um processo histórico marcado por avanços, tensões e contradições. A partir da Constituição de 1988, consagrou-se o direito universal à saúde, por meio da criação do SUS, que consolidou a saúde como dever do Estado e direito de todos (Brasil, 1988). No entanto, a efetivação desse princípio depende da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que contemplem tanto as dimensões preventivas quanto assistenciais, considerando as desigualdades regionais, sociais e econômicas que caracterizam o país.

A formulação dessas políticas deve ser compreendida no marco das políticas sociais e da seguridade social, em que a saúde assume papel central como mecanismo de promoção da equidade. Segundo Paim et al. (2011), a consolidação do SUS implicou a superação do modelo previdenciário e hospitalocêntrico predominante até os anos 1980, substituindo-o por um sistema que articula ações de promoção, prevenção e reabilitação. Nesse sentido, o SUS não deve ser visto apenas como um conjunto de serviços de saúde, mas como uma política pública estruturante para a cidadania e para a redução das desigualdades.

Contudo, a construção e implementação das políticas de saúde no Brasil enfrentam desafios estruturais. Conforme Noronha (2021), o subfinanciamento crônico do SUS constitui um dos maiores entraves à sua consolidação, agravado pelas políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu teto para os gastos públicos. Essa medida, segundo Vieira e Benevides (2016), compromete a capacidade do Estado de responder às demandas crescentes da população, especialmente em contextos de crise sanitária, como evidenciado durante a pandemia da COVID-19.

Além das questões financeiras, há a dimensão da gestão e da governança das políticas públicas de saúde. O federalismo brasileiro exige coordenação entre União, estados e municípios, o que nem sempre ocorre de maneira eficaz, gerando sobreposição de competências e desigualdade no acesso aos serviços (Souza, 2017). Nesse contexto, a descentralização, prevista na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), trouxe avanços na aproximação da gestão dos serviços à realidade local, mas também desafios quanto à capacidade administrativa e financeira dos entes federativos.

Outro elemento relevante das políticas de saúde no Brasil é a participação social, um princípio estruturante do SUS. Os Conselhos e Conferências de Saúde representam mecanismos de controle social que permitem à população deliberar sobre prioridades e avaliar a execução das políticas (Carvalho, 2013). Ainda que

a efetividade desses espaços seja limitada por questões como a burocratização e a baixa participação popular, sua existência fortalece a perspectiva democrática da política de saúde.

No campo das estratégias específicas, diversas políticas setoriais merecem destaque, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estrutura a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é considerada uma das experiências mais exitosas do SUS, pois fortalece a atenção primária, promove a prevenção e possibilita maior vínculo entre profissionais e comunidade (Mendes, 2015). A atenção básica é a porta de entrada preferencial do sistema, funcionando como eixo organizador da rede de atenção à saúde.

Além disso, políticas voltadas a grupos populacionais específicos, como a Política Nacional de Saúde Indígena e a Política Nacional de Saúde da População Negra, buscam enfrentar as desigualdades históricas e sociais que repercutem no acesso e nos indicadores de saúde (Costa; Lopes, 2020). Essas políticas revelam a necessidade de um olhar interseccional, que reconheça as múltiplas dimensões das desigualdades sociais.

Nos últimos anos, a pandemia da COVID-19 colocou em evidência a importância das políticas públicas de saúde no Brasil. O SUS demonstrou resiliência e capacidade de resposta, coordenando a vacinação em massa e garantindo atendimento universal, ainda que limitado pelas fragilidades estruturais do sistema (Castro; Massuda, 2021). A pandemia também ressaltou o papel essencial da ciência, da tecnologia e da inovação em saúde, reforçando a necessidade de políticas que articulem o setor produtivo, a pesquisa e a gestão pública.

Assim, as políticas públicas de saúde no Brasil devem ser analisadas como expressão do pacto social estabelecido pela Constituição de 1988, mas também como campo de disputas políticas e econômicas. De um lado, há a perspectiva universalista, que busca assegurar a saúde como direito de cidadania; de outro, pressões de interesses privados que tendem a fortalecer a mercantilização da saúde. Como destaca Bahia (2018), esse tensionamento revela que a saúde no Brasil não é apenas uma questão técnica, mas eminentemente política.

5 PERSPECTIVAS, DISCUSSÕES E REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde pública no Brasil constitui-se como um dos eixos centrais da seguridade social e da efetivação do Estado Democrático de Direito, sendo tanto um direito fundamental quanto um dever estatal. Contudo, ao longo de sua trajetória, observa-se que a consolidação do SUS e a materialização do princípio da univer-

salidade enfrentam desafios históricos, estruturais e políticos. A partir de uma análise crítica, este capítulo busca refletir sobre as perspectivas da saúde pública brasileira, discutindo seus avanços, entraves e possibilidades para o futuro.

Em primeiro lugar, é necessário destacar que a Constituição Federal de 1988 instituiu um marco de ruptura em relação ao modelo excludente anterior, ao estabelecer o acesso universal e igualitário à saúde como direito de todos (Brasil, 1988). Esse avanço conceitual e jurídico permitiu a formulação de políticas públicas abrangentes, integradas e descentralizadas, que têm contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde. Dados da OMS revelam que a ampliação da atenção primária no Brasil foi fundamental para a redução da mortalidade infantil e para o controle de doenças transmissíveis (World Health Organization, 2022).

Apesar desses avanços, a saúde pública brasileira convive com um conjunto de contradições e tensões. De um lado, existe o reconhecimento do SUS como uma das maiores políticas públicas inclusivas do mundo; de outro, persistem desigualdades sociais, regionais e étnicas no acesso aos serviços de saúde (Paim, 2018). Essas desigualdades refletem as disparidades socioeconômicas históricas do país, reforçando a necessidade de políticas afirmativas e de financiamento adequado para reduzir as assimetrias.

O financiamento do SUS constitui, talvez, um dos maiores entraves contemporâneos. Desde a instituição da Emenda Constitucional n.º 95/2016, que limitou os gastos públicos por vinte anos, houve restrições orçamentárias que impactaram diretamente a capacidade de expansão e de manutenção das políticas de saúde (Funcia, 2019). Estudos recentes apontam que essa limitação comprometeu não apenas a infraestrutura hospitalar, mas também a aquisição de insumos, a contratação de profissionais e o fortalecimento da atenção básica (Carvalho; Santos; Lima, 2021). Nesse contexto, discute-se a necessidade de revisão desse modelo fiscal, sob pena de retrocessos no processo de consolidação do direito à saúde.

Outro ponto que merece reflexão é a crescente judicialização da saúde. A demanda crescente no Poder Judiciário por medicamentos, tratamentos e procedimentos, muitas vezes não previstos em protocolos do SUS, evidencia tanto falhas no planejamento das políticas públicas quanto a percepção social de que o direito à saúde deve ser garantido independentemente dos custos (Ferraz; Vieira, 2017). Embora a judicialização seja, em parte, um mecanismo de efetivação do direito, ela também gera desafios para a gestão pública, podendo resultar em desigualdades no acesso, já que privilegia indivíduos com maior acesso a informações e recursos jurídicos.

As transformações tecnológicas também representam um campo de perspectivas e desafios. A incorporação de tecnologias digitais, como a telemedicina, sistemas de prontuário eletrônico e inteligência artificial aplicada ao diagnóstico, abre

novas possibilidades para ampliar o acesso e a qualidade da atenção (Mendes; Martins, 2021). No entanto, a adoção dessas inovações exige investimentos significativos e políticas de inclusão digital, sobretudo em regiões periféricas e rurais, sob risco de aprofundar a exclusão.

Além disso, o impacto da pandemia de COVID-19 reforçou a importância do SUS e, simultaneamente, expôs suas fragilidades. Por um lado, o sistema público foi essencial para garantir a vacinação em massa e a organização da rede hospitalar; por outro, a pandemia revelou a insuficiência de leitos, a carência de profissionais e a vulnerabilidade das populações mais pobres e racializadas (Santos, 2022). Esse cenário acentuou o debate sobre a necessidade de fortalecer o SUS, com políticas de financiamento estável e de valorização dos trabalhadores da saúde.

No plano das perspectivas, é essencial discutir a integração entre saúde e determinantes sociais. O modelo de saúde pública contemporâneo, conforme preconiza a OMS, reconhece que fatores como educação, saneamento, moradia e renda impactam diretamente no bem-estar e na qualidade de vida (WHO, 2016). Nesse sentido, as políticas de saúde devem dialogar de forma intersetorial com outros campos da seguridade social e das políticas públicas, ampliando sua eficácia e alcance.

Do ponto de vista político e social, a saúde pública no Brasil enfrenta ainda o desafio da participação social efetiva. Os conselhos e conferências de saúde, previstos constitucionalmente, representam instrumentos de controle democrático, mas sofrem com limitações de representatividade e com interferências político-partidárias (Lobato; Giovanella, 2019). O fortalecimento desses espaços é fundamental para que a sociedade participe ativamente da definição de prioridades e do monitoramento das políticas.

Por fim, cabe destacar que as perspectivas para a saúde pública no Brasil não podem ser analisadas apenas em termos de desafios internos. O país está inserido em um contexto global marcado por mudanças demográficas, como o envelhecimento populacional, e por novas ameaças à saúde, como pandemias e crises ambientais. Essas questões exigem que a política de saúde brasileira esteja alinhada a agendas internacionais de desenvolvimento sustentável, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3, que prevê assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades (United Nations, 2015).

Assim, as discussões e reflexões sobre a saúde pública no Brasil apontam para um caminho complexo e multifacetado, no qual é preciso conciliar a defesa do SUS como patrimônio social com a necessidade de inovação, financiamento sustentável, combate às desigualdades e fortalecimento da democracia participativa. O futuro da saúde pública no país depende, em grande medida, da capacidade de

governos, sociedade e instituições em construir consensos que priorizem a vida, a dignidade e a equidade como valores inegociáveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da saúde pública como política de seguridade social no Brasil evidencia a complexidade que permeia a construção de um sistema voltado à universalidade, integralidade e equidade, princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi alçada à condição de direito fundamental e de dever do Estado, constituindo-se como um marco civilizatório que ampliou o campo da cidadania social no país. Tal conquista, no entanto, encontra-se constantemente tensionada por desafios estruturais, políticos e sociais que ainda impedem a plena materialização do preceito constitucional.

Ao longo do percurso histórico discutido, percebe-se que a seguridade social brasileira, formada pelo tripé saúde, previdência e assistência social, estabeleceu-se como uma rede de proteção social inovadora no contexto latino-americano. Entretanto, a insuficiência de recursos financeiros, o subfinanciamento crônico da saúde e as pressões decorrentes das mudanças econômicas e demográficas comprometem a sustentabilidade e a eficácia das políticas de saúde. Esses limites se agravam diante das desigualdades regionais, da carência de infraestrutura em diversas localidades e da dificuldade em consolidar uma gestão eficiente que equilibre interesses públicos e privados.

As reflexões sobre a saúde como direito fundamental reafirmam seu caráter inalienável e sua conexão direta com a dignidade da pessoa humana. No entanto, a concretização desse direito exige mais do que previsões normativas: demanda políticas públicas efetivas, participação social ativa e compromisso político contínuo com a redução das desigualdades. O SUS, nesse sentido, emerge como uma das maiores conquistas sociais brasileiras, mas seu fortalecimento depende de escolhas estratégicas que priorizem a valorização da atenção básica, o aprimoramento da rede de serviços e a promoção de ações intersetoriais que articulem saúde, educação, habitação e trabalho.

As discussões sobre as políticas públicas de saúde no Brasil também apontam para avanços expressivos, como a ampliação da cobertura vacinal, os programas de atenção primária e as políticas de saúde da família. Contudo, tais conquistas são tensionadas por retrocessos que se manifestam em cortes orçamentários, privatizações indiretas e tentativas de restrição ao acesso universal. A saúde pública, portanto, se revela como campo de disputa entre projetos de sociedade, ora alinhados ao princípio do bem-estar coletivo, ora subordinados à lógica mercantil.

As perspectivas futuras da saúde no Brasil exigem reflexões profundas sobre a necessidade de consolidar um financiamento adequado e sustentável, fortalecer os mecanismos de participação popular e incorporar inovações tecnológicas sem comprometer o caráter universal do SUS. Ao mesmo tempo, a crise sanitária desencadeada pela pandemia de COVID-19 trouxe à tona tanto as fragilidades quanto a resiliência do sistema público de saúde, reforçando a centralidade da saúde como dimensão estratégica da soberania e da cidadania nacional.

Diante disso, torna-se fundamental compreender que a saúde pública não pode ser tratada apenas como gasto, mas como investimento social indispensável para o desenvolvimento humano e econômico. O fortalecimento da seguridade social e a defesa do SUS devem ser entendidos como pilares de um projeto nacional que vise à justiça social, à equidade e à proteção da vida. O futuro da saúde pública no Brasil dependerá da capacidade coletiva de garantir que esse direito fundamental seja efetivamente acessível a todos, sem discriminação, como expressão máxima da cidadania democrática.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da saúde suplementar: coexistência e contradições. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1709-1717, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33692019>.
- BOSCHETTI, Ivanete. Assistência social e seguridade social no Brasil: entre a universalidade e a focalização. *Serviço Social & Sociedade*, n. 132, p. 9-26, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.155>.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 ago. 2025.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. *Revista Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, p. 82-92, 2013.
- CARVALHO, L. A.; SANTOS, T. M.; LIMA, R. S. Financiamento do SUS e os efeitos da Emenda Constitucional n.º 95/2016. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, p. 1-12, 2021.
- CASTRO, Marcia; MASSUDA, Adriano. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis, and resilience. *Health Systems & Reform*, v. 7, n. 1, p. 1-13, 2021.
- COSTA, Rosana; LOPES, Fernanda. Políticas de saúde e equidade racial no Brasil: avanços e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, p. 1-20, 2020.

- DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-1985. *Cadernos de Pesquisa*, n. 86, p. 30-49, 1993.
- FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os desafios da judicialização. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 493-520, 2017.
- FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 2011.
- FUNCIA, Francisco Ronaldo. Subfinanciamento e restrição de gastos públicos no SUS: consequências da EC 95/2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4373-4382, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>.
- GIAMBIAGI, Fábio; AFONSO, José Roberto. *O financiamento da previdência social no Brasil: diagnósticos e alternativas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. O Sistema Único de Saúde em perspectiva comparada: interfaces entre o público e o privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2203-2212, 2019.
- MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Proteção social e crise do trabalho: desafios para a seguridade social no Brasil. *Revista Katálysis*, v. 23, n. 3, p. 406-415, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n3p406>.
- MARSHALL, Thomas H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Ronaldo. O financiamento do SUS e o papel da União: tendências e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 44, n. spe4, p. 58-71, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E404>.
- MENDES, E. V.; MARTINS, J. S. Inovação tecnológica e saúde pública: desafios para o SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. esp. 2, p. 60-72, 2021.
- NORONHA, José Carvalho de. Financiamento da saúde no Brasil: avanços e retrocessos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 3593-3604, 2021.
- OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- PAIM, Jairnilson. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- SANTOS, L. M. P. Pandemia de COVID-19 e o SUS: aprendizados e desafios. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 1-9, 2022.
- SANTOS, Lenir; GIOVANELLA, Lígia. SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
- SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.
- SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*, v. 25, n. 63, p. 105-123, 2017.
- SOUZA, Adélia Pinheiro; CUNHA, Elza Maria. Participação social e saúde: reflexões sobre o controle social no SUS. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v. 9, n. 3, p. 112-127, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v9i3.6332>.

UNITED NATIONS. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations, 2015.

VIANNA, Maria Lúcia Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

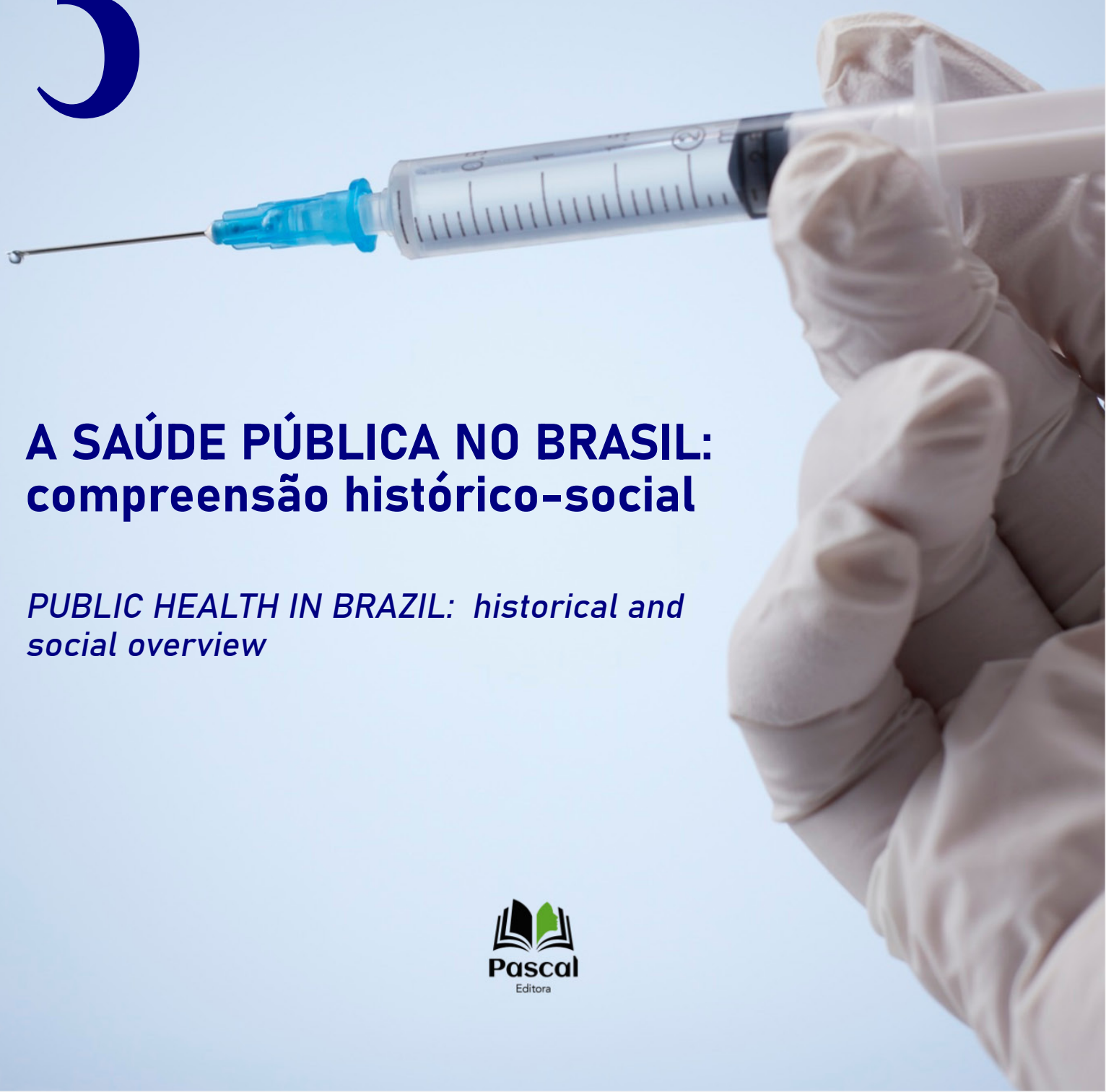
VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Rocha. Política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 819-830, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011>.

VIEIRA, Fabiola S.; BENEVIDES, Rodrigo P. de S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. IPEA: Nota Técnica nº 28, Brasília, 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2022 monitoring report*. Geneva: WHO, 2022.

3



A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: compreensão histórico-social

*PUBLIC HEALTH IN BRAZIL: historical and
social overview*

Resumo

O presente artigo aborda a saúde pública no Brasil, destacando sua trajetória histórica, os aspectos sociais que influenciam a atenção à saúde e as políticas públicas implementadas ao longo do tempo. A análise histórica evidencia a evolução do país desde medidas fragmentadas de controle de epidemias até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando a saúde como direito universal e dever do Estado. Os aspectos sociais demonstram a influência de determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais, ressaltando a desigualdade regional e a vulnerabilidade de populações específicas, como indígenas, quilombolas e residentes de áreas periféricas. As políticas públicas em saúde, incluindo a Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações e ações intersetoriais, evidenciam avanços na promoção da saúde e prevenção de doenças, embora desafios persistam, como financiamento insuficiente, envelhecimento populacional e incorporação de tecnologias. Perspectivas futuras indicam a necessidade de fortalecimento do SUS, gestão eficiente, participação social efetiva e integração intersetorial. Conclui-se que a saúde pública no Brasil é um campo dinâmico e multifacetado, cuja consolidação depende da articulação entre direitos, equidade, inovação e políticas baseadas em evidências.

Palavras-chave: Saúde Pública; Políticas de Saúde; SUS; Determinantes Sociais.

Abstract

This article addresses public health in Brazil, highlighting its historical trajectory, the social aspects influencing health care, and the public policies implemented over time. The historical analysis shows the country's evolution from fragmented epidemic control measures to the creation of the Unified Health System (SUS), consolidating health as a universal right and a state duty. Social aspects demonstrate the influence of socioeconomic, cultural, and environmental determinants, emphasizing regional inequality and the vulnerability of specific populations, such as Indigenous peoples, quilombolas, and residents of peripheral areas. Public health policies, including the Family Health Strategy, the National Immunization Program, and intersectoral actions, reveal advances in health promotion and disease prevention, although challenges remain, such as insufficient funding, population aging, and the integration of new technologies. Future perspectives indicate the need to strengthen SUS, ensure efficient management, promote effective social participation, and integrate intersectoral strategies. It is concluded that public health in Brazil is a dynamic and multifaceted field, whose consolidation depends on the articulation between rights, equity, innovation, and evidence-based policies.

Keywords: Public Health; Health Policies; SUS; Social Determinants.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil constitui um campo de estudo e atuação que reflete a complexa interação entre processos históricos, determinantes sociais e políticas públicas estruturantes. Compreender a trajetória da saúde pública brasileira implica analisar não apenas os avanços técnicos e institucionais, mas também os desafios enfrentados em função das desigualdades sociais, regionais e econômicas que marcam o país. A saúde, enquanto direito fundamental e componente central da cidadania, exige a construção de sistemas capazes de garantir o acesso equitativo a serviços essenciais, assegurando qualidade e abrangência. Nesse sentido, o presente artigo busca oferecer uma breve compreensão histórica e social da saúde pública no Brasil, destacando seus principais marcos, transformações e implicações para a sociedade contemporânea.

Historicamente, a saúde pública no Brasil esteve intimamente ligada às condições sanitárias e epidemiológicas herdadas do período colonial, quando predominavam medidas fragmentadas e voltadas principalmente ao controle de epidemias, como varíola e febre amarela. Durante esse período, não existia uma política organizada de saúde, e a população enfrentava elevada mortalidade por doenças transmissíveis e condições precárias de higiene. A chegada da República trouxe consigo mudanças institucionais e a criação de órgãos de fiscalização sanitária, ainda que limitados e concentrados nas áreas urbanas e nos centros econômicos do país. Somente a partir do século XX, com a consolidação de campanhas nacionais de saúde, como as voltadas à erradicação da febre amarela, tuberculose e poliomielite, observou-se um avanço na institucionalização de políticas de saúde voltadas à população em geral.

A criação do Ministério da Saúde em 1953 representou um marco na centralização das ações de saúde pública, possibilitando a formulação de programas nacionais e a coordenação de esforços entre estados e municípios. Entretanto, o modelo de saúde vigente ainda era limitado, segmentado e orientado prioritariamente para ações curativas e para grupos específicos, sem garantir universalidade ou integralidade. A partir da década de 1970, surgem importantes movimentos sociais e acadêmicos que reivindicavam a democratização da saúde, culminando na Reforma Sanitária Brasileira, que inspirou a Constituição Federal de 1988 a reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir desse momento, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou a concepção de saúde como um direito universal, promovendo princípios como integralidade, equidade, descentralização e participação social.

A dimensão social da saúde pública revela-se na interdependência entre fato-

res econômicos, culturais e ambientais que influenciam a qualidade de vida da população. O Brasil, caracterizado por profundas desigualdades sociais e regionais, enfrenta desafios históricos no acesso equitativo a serviços de saúde, sobretudo em áreas rurais e periferias urbanas. A implementação do SUS buscou enfrentar essas desigualdades por meio de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência integral, articulando ações em níveis municipal, estadual e federal. Além disso, a participação social por meio de conselhos e conferências de saúde representa um instrumento de controle social e fortalecimento da democracia, permitindo que a sociedade influencie decisões políticas e a alocação de recursos.

Apesar dos avanços históricos e institucionais, a saúde pública no Brasil continua a enfrentar desafios significativos. O financiamento insuficiente, as lacunas na gestão e a persistência de desigualdades regionais comprometem a efetividade do sistema, exigindo constante avaliação e inovação. A pandemia de COVID-19 evidenciou fragilidades estruturais, desigualdades socioeconômicas e a necessidade de estratégias integradas de saúde, ao mesmo tempo em que reforçou a relevância do SUS como pilar de proteção social. Nesse contexto, compreender a saúde pública brasileira requer análise crítica das políticas implementadas, dos resultados alcançados e das perspectivas futuras, considerando a complexidade social e histórica que molda o sistema de saúde nacional.

Diante disso, este artigo propõe-se a oferecer uma reflexão sobre a trajetória da saúde pública no Brasil, ressaltando a importância de compreender os aspectos históricos, sociais e institucionais que influenciam o desenvolvimento do setor. Ao abordar marcos históricos, políticas públicas e desafios contemporâneos, pretende-se fornecer subsídios para a análise da saúde pública como fenômeno social e instrumento de promoção da cidadania, contribuindo para a compreensão crítica das práticas de saúde e das transformações necessárias para a construção de um sistema mais justo e eficiente. Desse modo, compreender a saúde pública brasileira exige reconhecer sua historicidade, suas conquistas e limitações, além de refletir sobre a responsabilidade coletiva na promoção do bem-estar da população e na garantia do direito à saúde como pilar fundamental da sociedade democrática.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A trajetória da saúde pública no Brasil encontra-se intimamente relacionada aos processos históricos, sociais e econômicos que moldaram o país desde o período colonial até a contemporaneidade. Durante o período colonial, a população brasileira enfrentava condições sanitárias precárias, caracterizadas por ausência de infraestrutura adequada de higiene, elevada mortalidade infantil e recorrência

de epidemias, como a varíola, a febre amarela e a peste bubônica (Paim *et al.*, 2011). A abordagem da saúde neste período era fragmentada e baseada predominantemente em medidas isoladas de contenção de surtos, sem políticas estruturadas de prevenção ou promoção da saúde, refletindo uma visão higienista centrada em controlar a doença de forma emergencial e local (Vianna, 2010).

Com a proclamação da República e a consolidação do Estado nacional, surgiram esforços para estruturar a saúde pública, especialmente por meio da criação de órgãos de fiscalização sanitária e campanhas de profilaxia voltadas a áreas urbanas mais desenvolvidas economicamente. A fundação do Serviço de Saúde Pública (SSP), em 1897, representa um marco na institucionalização das ações sanitárias, voltadas principalmente ao controle de epidemias e à inspeção sanitária em portos e cidades (Paim *et al.*, 2011; Brandão, 2014). Apesar desses avanços iniciais, o acesso aos serviços de saúde permanecia restrito a pequenas parcelas da população, evidenciando desigualdades regionais e sociais que persistiriam ao longo do século XX.

O período de industrialização e urbanização acelerada do Brasil, especialmente entre as décadas de 1930 e 1950, trouxe novos desafios à saúde pública. O crescimento populacional nas cidades e a concentração de trabalhadores em condições insalubres intensificaram a necessidade de políticas estruturadas de saúde coletiva. Nesse contexto, a criação do Ministério da Saúde, em 1953, permitiu a centralização e coordenação de programas nacionais, incluindo campanhas de vacinação, controle de doenças infecciosas e políticas de saneamento básico (Vianna, 2010; Paim *et al.*, 2011). Ainda assim, o modelo de saúde vigente seguia sendo fragmentado e segmentado, priorizando ações curativas e direcionadas a grupos específicos, sem garantir universalidade ou integralidade no atendimento.

A partir da década de 1970, movimentos sociais, acadêmicos e profissionais da saúde começaram a questionar a limitação do modelo existente, defendendo uma abordagem que considerasse os determinantes sociais da saúde e a necessidade de democratização do acesso aos serviços. A Reforma Sanitária Brasileira, impulsionada por esses movimentos, promoveu profundas transformações conceituais e institucionais, culminando na Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como direito universal e dever do Estado (Paim *et al.*, 2011; Aquino *et al.*, 2020). Esse marco histórico consolidou a criação do SUS, estruturado em princípios como universalidade, equidade, integralidade e participação social, estabelecendo bases sólidas para a implementação de políticas de saúde públicas amplas e inclusivas (Aquino *et al.*, 2020).

O surgimento do SUS representou, portanto, um ponto de inflexão na história da saúde pública brasileira, ao deslocar o foco de um modelo restritivo e segmentado para um sistema voltado à atenção integral e à promoção da saúde em todas

as suas dimensões. Essa mudança exigiu a reorganização de estruturas administrativas, a criação de conselhos de saúde e conferências periódicas que permitem o controle social e a participação da população na formulação de políticas públicas (Vianna, 2010; Brandão, 2014). Além disso, o SUS buscou integrar ações de prevenção, promoção e atenção médica, considerando fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que impactam a saúde da população.

É importante destacar que, apesar dos avanços históricos, o desenvolvimento da saúde pública no Brasil sempre esteve condicionado por desafios estruturais e desigualdades sociais persistentes. As disparidades regionais no acesso a serviços, a concentração de recursos nas áreas urbanas e a insuficiência de financiamento público foram e continuam sendo obstáculos significativos para a efetividade das políticas de saúde (Paim *et al.*, 2011; Aquino *et al.*, 2020). A análise histórica revela, portanto, que a construção da saúde pública no Brasil é resultado de um processo contínuo de lutas sociais, institucionalização de políticas e adaptações às mudanças epidemiológicas e sociais, refletindo a complexidade de um país marcado por desigualdades profundas e diversidades regionais.

Estudos recentes reforçam a importância de compreender a saúde pública brasileira a partir de sua historicidade, evidenciando que o desenvolvimento de políticas efetivas depende do reconhecimento das interações entre fatores históricos, sociais, econômicos e culturais (Aquino *et al.*, 2020). A trajetória histórica da saúde pública no Brasil demonstra, assim, que avanços significativos foram conquistados ao longo do tempo, mas que a consolidação de um sistema equitativo e sustentável exige contínuo monitoramento, avaliação de políticas e engajamento social. Esse panorama histórico-social fornece subsídios essenciais para compreender as estratégias contemporâneas de promoção da saúde e os desafios enfrentados pelo SUS, destacando a centralidade da saúde pública como componente estruturante do bem-estar coletivo e da cidadania no Brasil.

3 ASPECTOS SOCIAIS DA SAÚDE PÚBLICA

A saúde pública no Brasil não pode ser compreendida apenas por seus marcos históricos e institucionais; é igualmente marcada por dimensões sociais que refletem desigualdades, determinantes socioeconômicos e culturais, e dinâmicas coletivas de proteção e promoção da saúde. De acordo com Aquino (2020), os aspectos sociais da saúde pública referem-se à forma como fatores como renda, educação, ocupação, condições de moradia, ambiente urbano e relações de gênero influenciam o acesso, a qualidade e os resultados das políticas de saúde. Estudos contemporâneos indicam que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha avançado significativamente na democratização do acesso, persistem desigualda-

des estruturais que impactam diretamente a saúde da população (Paim *et al.*, 2011; Aquino *et al.*, 2020).

A desigualdade social é um dos principais determinantes que moldam o panorama da saúde pública brasileira. Populações em situação de vulnerabilidade econômica, residentes em regiões periféricas ou áreas rurais, frequentemente enfrentam barreiras ao acesso a serviços de saúde, desde a disponibilidade limitada de unidades básicas até a escassez de profissionais qualificados (Castro *et al.*, 2019). Essa realidade evidencia a importância de políticas públicas voltadas à equidade, buscando reduzir disparidades regionais e sociais. O conceito de equidade em saúde envolve não apenas o acesso universal aos serviços, mas também a adequação das intervenções às necessidades específicas de cada grupo populacional, reconhecendo que a igualdade formal nem sempre corresponde à justiça social (Schmidt *et al.*, 2011; Barreto *et al.*, 2018).

Outro aspecto social central refere-se à participação comunitária e ao controle social no SUS. Os conselhos de saúde e as conferências nacionais constituem mecanismos institucionais de participação social, permitindo que a sociedade influencie a formulação e avaliação das políticas públicas de saúde (Viacava *et al.*, 2018). A participação social fortalece a democracia sanitária, garantindo que decisões sobre alocação de recursos, prioridades e programas atendam às demandas reais da população. Pesquisas demonstram que a efetiva participação comunitária contribui para maior transparência, accountability e adequação das políticas às especificidades locais, promovendo melhorias nos indicadores de saúde (Paim *et al.*, 2011; Aquino *et al.*, 2020).

As condições de vida e os determinantes sociais da saúde constituem um terceiro aspecto essencial da saúde pública. Estudos indicam que a saúde da população é influenciada não apenas pelo acesso a serviços médicos, mas também por fatores estruturais como saneamento básico, habitação, alimentação adequada, educação e ambiente de trabalho (Marmot, 2005; Barreto *et al.*, 2018). A ausência de políticas integradas que considerem esses determinantes resulta em ciclos de vulnerabilidade, nos quais doenças infecciosas e crônicas são exacerbadas por condições sociais precárias. A abordagem intersectorial, defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca que programas de saúde pública devem articular ações de educação, habitação, assistência social e infraestrutura urbana, visando à promoção integral do bem-estar coletivo (WHO, 2020).

Além disso, o contexto epidemiológico contemporâneo reforça a necessidade de considerar os determinantes sociais como eixo central da saúde pública. A pandemia de COVID-19 evidenciou desigualdades históricas, mostrando que populações com menor renda, menor escolaridade e condições de moradia precárias foram desproporcionalmente afetadas, tanto na incidência quanto na mortalidade

(Baqui et al., 2020). Esses achados reforçam que a saúde pública não é apenas uma questão de serviços de atenção médica, mas também de justiça social e políticas públicas inclusivas, que considerem a vulnerabilidade social como determinante fundamental do risco à saúde.

A saúde pública no Brasil também deve ser compreendida sob a perspectiva da diversidade cultural e da inclusão social. Populações indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais enfrentam barreiras específicas, muitas vezes agravadas por preconceitos institucionais, dificuldades de acesso geográfico e falta de adaptação cultural nos serviços de saúde (Almeida *et al.*, 2018; Maciel *et al.*, 2021). A incorporação de práticas culturalmente sensíveis, o fortalecimento da atenção básica em territórios periféricos e a formação de profissionais capacitados para lidar com diversidade são estratégias essenciais para promover a equidade e reduzir desigualdades persistentes.

A literatura contemporânea também destaca a importância da atenção primária e da Estratégia Saúde da Família (ESF) como instrumentos para abordar os aspectos sociais da saúde pública. A ESF atua de maneira comunitária, integrando ações de prevenção, promoção e acompanhamento de condições crônicas, ao mesmo tempo em que considera fatores sociais que afetam a saúde (Macinko *et al.*, 2011). Estudos demonstram que a expansão da ESF está associada à redução da mortalidade infantil, maior cobertura vacinal e melhor acompanhamento de doenças crônicas, evidenciando o impacto positivo de estratégias que incorporam aspectos sociais no planejamento e execução de políticas de saúde (Paim *et al.*, 2011; Aquino *et al.*, 2020).

Conforme pontuam Castro *et al.* (2019), os aspectos sociais da saúde pública no Brasil refletem a interdependência entre condições históricas, desigualdades estruturais e determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, cabe compreender que o SUS representa um avanço histórico significativo ao incorporar a participação social, a universalidade e a equidade como princípios orientadores. No entanto, desafios persistem, especialmente relacionados a desigualdades regionais, vulnerabilidades socioeconômicas e diversidade cultural. A análise crítica dos aspectos sociais da saúde pública evidencia que políticas eficazes requerem articulação intersetorial, atenção às populações vulneráveis e estratégias baseadas em evidências, consolidando a saúde como direito humano fundamental e como componente central da cidadania brasileira.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

As políticas públicas em saúde no Brasil constituem instrumentos centrais para a promoção do bem-estar da população, a redução de desigualdades sociais

e a consolidação do direito à saúde. Estas políticas são definidas como um conjunto de ações, programas e estratégias planejadas pelo Estado, em parceria com a sociedade civil, visando atender às necessidades coletivas de saúde, prevenir doenças, promover a equidade e garantir o acesso universal aos serviços (Paim *et al.*, 2011; Aquino *et al.*, 2020). O desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil deve ser compreendido em seu contexto histórico e social, evidenciando a trajetória do país desde medidas fragmentadas de controle de epidemias até a implementação do SUS e a formulação de programas estruturantes que impactam diferentes dimensões da saúde da população.

O marco regulatório das políticas de saúde no Brasil consolidou-se a partir da Reforma Sanitária Brasileira, cujo ápice foi a Constituição Federal de 1988. A Carta Magna estabeleceu a saúde como direito universal e dever do Estado, promovendo princípios como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Paim *et al.*, 2011; Viacava *et al.*, 2018). Esses princípios orientam o planejamento e a execução das políticas públicas, exigindo que as ações de saúde considerem as desigualdades regionais, socioeconômicas e culturais, garantindo que grupos vulneráveis tenham acesso prioritário a serviços essenciais. A institucionalização do SUS representou um avanço significativo, permitindo a organização de políticas públicas de forma integrada e intersetorial, articulando níveis federal, estadual e municipal (Aquino *et al.*, 2020).

Entre os programas estruturantes, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada pilar da atenção primária no Brasil. A ESF busca ampliar o acesso a serviços de saúde por meio de equipes multiprofissionais que atuam diretamente nas comunidades, promovendo ações de prevenção, promoção da saúde e acompanhamento de doenças crônicas e agudas (Macinko *et al.*, 2011). Estudos demonstram que a expansão da ESF está associada à redução da mortalidade infantil, maior cobertura vacinal e melhoria no manejo de condições crônicas, evidenciando a importância de políticas que integrem atenção individual e coletiva e considerem determinantes sociais da saúde (Paim *et al.*, 2011; Aquino *et al.*, 2020).

Outro exemplo relevante de política pública é o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, que consolidou a vacinação como estratégia fundamental de saúde pública. O PNI tem se destacado por sua abrangência, eficácia e impacto na redução de doenças imunopreveníveis, sendo considerado referência internacional (Silva *et al.*, 2018). Além disso, políticas voltadas ao saneamento básico, controle de vetores e educação em saúde evidenciam o caráter intersetorial das ações de saúde pública, reconhecendo que a prevenção de doenças depende da integração de setores como habitação, meio ambiente, educação e assistência social (Barreto *et al.*, 2018).

As políticas de saúde também contemplam programas específicos voltados

à população vulnerável, como indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua e comunidades rurais. A criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e programas de atenção à saúde da população quilombola exemplificam a adaptação das políticas públicas à diversidade cultural e às especificidades territoriais, buscando reduzir desigualdades históricas e promover equidade no acesso (Almeida *et al.*, 2018; Maciel *et al.*, 2021). Essas iniciativas refletem a compreensão de que políticas de saúde eficazes devem considerar não apenas a universalidade formal, mas também a adequação cultural e social das ações implementadas.

No contexto recente, a pandemia de COVID-19 evidenciou a importância das políticas públicas de saúde como mecanismos de proteção social e controle epidemiológico. A implementação de medidas como testagem em massa, rastreamento de contatos, vacinação, isolamento social e campanhas de comunicação foi essencial para reduzir a mortalidade e a disseminação do vírus, reforçando a relevância de políticas de saúde baseadas em evidências científicas e planejamento estratégico (Baqui *et al.*, 2020; Castro *et al.*, 2021). O enfrentamento da pandemia também evidenciou fragilidades estruturais, como subfinanciamento do SUS, desigualdades regionais e insuficiência de recursos humanos, indicando a necessidade contínua de atualização, monitoramento e fortalecimento das políticas públicas em saúde.

Além das ações emergenciais, as políticas de saúde no Brasil incorporam estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes e obesidade. Os programas de educação nutricional, incentivo à atividade física, campanhas de conscientização e monitoramento epidemiológico são instrumentos fundamentais para reduzir a incidência dessas doenças e minimizar seus impactos econômicos e sociais (Schmidt *et al.*, 2011; Barreto *et al.*, 2018). A integração entre prevenção, promoção e atenção integral reforça a lógica de políticas públicas de saúde que buscam não apenas tratar doenças, mas melhorar de forma sustentável os determinantes sociais e ambientais da saúde.

Nesse aspecto, Almeida *et al.* (2018) observam que as políticas públicas em saúde no Brasil representam um esforço contínuo de consolidação de direitos, equidade e eficiência no sistema de saúde. Desde programas históricos de vacinação e saneamento até estratégias contemporâneas de atenção primária, promoção da saúde e proteção social, as políticas públicas demonstram que a saúde é resultado de ações planejadas, intersetoriais e adaptadas à diversidade social e territorial do país. No entanto, desafios persistem, incluindo financiamento adequado, gestão eficiente, redução das desigualdades regionais e fortalecimento da participação social. É possível, de todo modo, a partir do que afirmam Baqui *et al.* (2020), entender que a análise crítica das políticas públicas evidencia que o sucesso do SUS depende da articulação entre planejamento estratégico, engajamento comunitário e compromisso contínuo com a equidade e o direito universal à saúde

5 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E DESAFIOS ATUAIS

As políticas públicas em saúde no Brasil consolidaram-se historicamente por meio de avanços significativos, especialmente a partir da Reforma Sanitária e da criação do SUS. Entretanto, no contexto contemporâneo, a implementação, a manutenção e a expansão dessas políticas enfrentam desafios complexos que decorrem de desigualdades sociais persistentes, limitações financeiras, mudanças demográficas e demandas epidemiológicas emergentes. Compreender as perspectivas e desafios atuais requer uma análise crítica de fatores estruturais, conjunturais e estratégicos, que influenciam diretamente a eficácia das políticas e a equidade no acesso aos serviços de saúde (Paim *et al.*, 2011; Aquino *et al.*, 2020).

Um dos desafios mais evidentes é o financiamento insuficiente do SUS, que afeta a capacidade de oferta de serviços, a infraestrutura hospitalar, a remuneração de profissionais e a manutenção de programas essenciais. Estudos recentes indicam que, apesar do crescimento do orçamento público em saúde ao longo das últimas décadas, o financiamento ainda se mostra insuficiente frente à demanda crescente por serviços de atenção básica, especializada e tecnológica (Castro *et al.*, 2019; Barreto *et al.*, 2018). A limitação de recursos é agravada por mecanismos de austeridade fiscal, que restringem investimentos em saúde, comprometendo programas estratégicos de promoção, prevenção e atenção integral. Nesse sentido, a sustentabilidade financeira do SUS representa um desafio central para a consolidação de políticas públicas eficazes e equitativas.

Aquino *et al.* (2020) argumenta que um desafio recorrente nesse processo decorre das desigualdades regionais e sociais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. As populações em áreas rurais, periferias urbanas e regiões Norte e Nordeste enfrentam barreiras estruturais e logísticas, como a escassez de profissionais qualificados, insuficiência de equipamentos e dificuldades de transporte (Aquino *et al.*, 2020; Viacava *et al.*, 2018). Essas desigualdades impactam diretamente indicadores de saúde, incluindo mortalidade infantil, incidência de doenças infecciosas e prevalência de condições crônicas. Assim, políticas públicas precisam ser adaptadas às especificidades regionais, adotando estratégias de alocação de recursos que priorizem populações vulneráveis e promovam equidade, considerando os determinantes sociais da saúde como elementos centrais do planejamento (Marmot, 2005; Barreto *et al.*, 2018).

O envelhecimento populacional configura outro desafio contemporâneo significativo. O Brasil vivencia uma transição demográfica marcada pelo aumento da proporção de idosos e pelo crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares (Schmidt *et al.*, 2011). Essas condições exigem políticas públicas de saúde estruturadas, com

foco na atenção contínua, prevenção, reabilitação e promoção do envelhecimento saudável. O fortalecimento da atenção primária e a integração de serviços ambulatoriais e hospitalares são estratégicas para atender a essa demanda, evitando sobrecarga em serviços de urgência e hospitais de alta complexidade (Macinko *et al.*, 2011).

A tecnologia e a inovação em saúde também representam uma perspectiva importante e simultaneamente um desafio. A incorporação de novas tecnologias diagnósticas, terapêuticas e de informação tem potencial para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços, mas exige investimentos substanciais, capacitação de profissionais e gestão estratégica de recursos (Castro *et al.*, 2019; Aquino *et al.*, 2020). Barreto *et al.* (2018) pontua que a digitalização de serviços, sistemas de prontuário eletrônico e telemedicina são iniciativas promissoras, mas que necessitam de políticas regulatórias claras, atenção à segurança de dados e estratégias de inclusão digital para reduzir desigualdades no acesso.

As políticas públicas em saúde também devem enfrentar desafios relacionados à prevenção de doenças e promoção da saúde em contextos sociais complexos. Determinantes sociais como pobreza, violência urbana, desigualdade educacional e precariedade habitacional impactam diretamente a saúde da população e limitam a efetividade de programas preventivos (Barreto *et al.*, 2018; WHO, 2020). Estratégias intersetoriais que articulam saúde, educação, assistência social, habitação e meio ambiente são essenciais para reduzir vulnerabilidades e promover bem-estar integral, consolidando a saúde pública como instrumento de justiça social.

Além disso, a participação social e o controle social permanecem como elementos estratégicos e desafiadores na implementação de políticas públicas. Embora os conselhos de saúde e conferências nacionais permitam a inclusão da sociedade na tomada de decisões, é necessário garantir representatividade, capacitação e engajamento contínuo para que a participação não se restrinja a formalidades (Viacava *et al.*, 2018). O fortalecimento desses mecanismos é fundamental para assegurar transparência, accountability e a legitimidade das políticas públicas, permitindo que demandas da população influenciem efetivamente prioridades e recursos.

A resposta a emergências sanitárias, como a pandemia de COVID-19, também revela desafios estruturais e estratégicos das políticas públicas em saúde. A crise sanitária evidenciou lacunas no financiamento, fragilidades na coordenação entre esferas de governo, desigualdades regionais e limitações na comunicação com a população (Baqui *et al.*, 2020; Castro *et al.*, 2021). Ao mesmo tempo, mostrou a importância de políticas baseadas em evidências científicas, planejamento estratégico, integração entre atenção primária e serviços especializados e capacidade de adaptação rápida às demandas emergentes. A experiência da pandemia reforça a necessidade de políticas públicas resilientes, capazes de enfrentar crises epide-

miológicas e ao mesmo tempo manter a continuidade dos serviços essenciais.

Entre as perspectivas para o futuro, destaca-se a necessidade de fortalecimento do SUS por meio de financiamento adequado, gestão eficiente e inovação tecnológica, alinhado à promoção da equidade e à redução das desigualdades regionais. Políticas públicas de saúde devem incorporar estratégias de atenção integral, intersetorialidade e participação social, garantindo que decisões sobre recursos, prioridades e programas atendam às necessidades reais da população (Aquino *et al.*, 2020; Paim *et al.*, 2011). Além disso, é fundamental investir em formação profissional, capacitação em gestão e inovação tecnológica, de modo a modernizar a oferta de serviços sem comprometer princípios constitucionais de universalidade e equidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo sobre a saúde pública no Brasil evidencia que a trajetória histórica, social e política deste setor é marcada por avanços significativos, bem como por desafios persistentes, que refletem a complexidade do país em termos de desigualdades, diversidade cultural e demandas epidemiológicas. A análise histórica revelou que, desde o período colonial, as políticas de saúde no Brasil evoluíram de iniciativas fragmentadas de controle de epidemias para a construção de um sistema público universal, com base nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e consolidado pela Constituição Federal de 1988. Esse percurso evidencia que a saúde pública não se restringe à atenção médica, mas está intimamente relacionada à organização social, às condições de vida da população e às lutas por direitos sociais.

O estudo dos aspectos sociais demonstrou que a saúde pública brasileira está profundamente influenciada por determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais. A desigualdade social e regional, o acesso desigual a serviços de saúde e a vulnerabilidade de populações específicas, como indígenas, quilombolas e residentes em áreas periféricas, evidenciam que a universalidade formal do SUS precisa ser complementada por políticas adaptadas às realidades locais e às especificidades culturais. Além disso, os determinantes sociais da saúde, incluindo educação, saneamento, habitação e segurança alimentar, desempenham papel decisivo na prevenção de doenças e na promoção do bem-estar coletivo. O reconhecimento da influência desses fatores amplia a compreensão da saúde pública para além da perspectiva biomédica, promovendo uma abordagem integral e intersetorial.

As políticas públicas em saúde, estruturadas pelo SUS, demonstram avanços importantes, incluindo a Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de

Imunizações e ações específicas voltadas a populações vulneráveis. Essas iniciativas consolidam a atenção primária, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, integrando as necessidades da população às estratégias institucionais. Contudo, os desafios atuais, como financiamento insuficiente, desigualdades regionais, envelhecimento populacional e demandas por tecnologia e inovação, exigem soluções estratégicas, planejamento de longo prazo e articulação intersetorial. A experiência da pandemia de COVID-19 exemplifica como crises sanitárias podem evidenciar fragilidades estruturais, reforçando a necessidade de políticas públicas resilientes, baseadas em evidências científicas e capazes de adaptar-se rapidamente a cenários emergenciais.

A participação social e o controle social permanecem como pilares fundamentais para o fortalecimento das políticas públicas. Conselhos de saúde e conferências nacionais permitem que a população influencie decisões sobre prioridades, alocação de recursos e avaliação de programas, promovendo transparência e accountability. Entretanto, a efetividade dessas práticas depende do engajamento real da sociedade e da capacitação de seus representantes, garantindo que a participação transcenda formalidades e contribua para o aprimoramento contínuo do sistema.

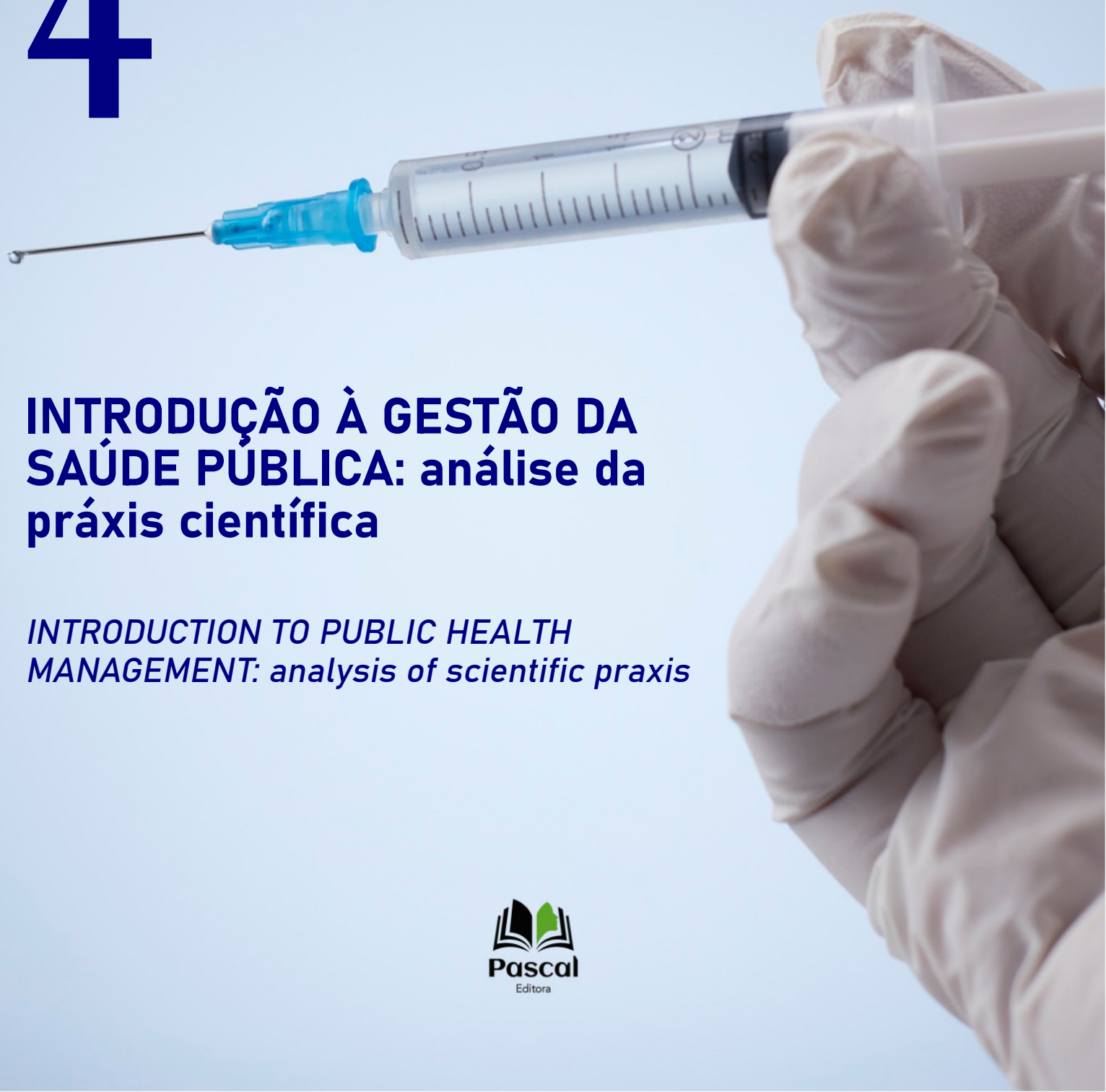
Diante das análises apresentadas, torna-se evidente que a saúde pública no Brasil é um campo dinâmico e multifacetado, cujo sucesso depende da integração entre história, políticas, determinantes sociais e participação coletiva. Os avanços conquistados refletem conquistas institucionais e sociais, enquanto os desafios atuais demandam inovação, investimento, gestão eficiente e compromisso ético com a equidade. O SUS representa a materialização do direito à saúde e da cidadania, servindo como instrumento de justiça social, mas sua consolidação plena requer constante atenção às desigualdades históricas e regionais, ao fortalecimento da atenção primária, à articulação intersetorial e à promoção de estratégias baseadas em evidências.

Por fim, pode-se afirmar que compreender a saúde pública brasileira a partir de suas dimensões históricas, sociais e políticas permite uma visão ampla, crítica e fundamentada, capaz de orientar políticas futuras e estratégias de intervenção. A saúde não deve ser concebida apenas como ausência de doença, mas como um direito humano, condição de bem-estar e elemento central da cidadania. O desafio permanente reside em equilibrar universalidade e equidade, inovação e sustentabilidade, garantindo que a saúde pública continue sendo um instrumento de promoção da justiça social e do desenvolvimento humano no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. et al. Saúde indígena no Brasil: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 95-108, 2018.
- AQUINO, R. et al. O Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desafios: análise crítica a partir da Reforma Sanitária Brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, e200123, 2020.
- BAQUI, P. et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a nationwide observational study. *The Lancet Global Health*, v. 8, p. e1018–e1026, 2020.
- BARRETO, M. L. et al. Determinantes sociais da saúde e políticas públicas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, e00104517, 2018.
- BRANDÃO, C. F. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- CASTRO, M. C. et al. Health inequalities in Brazil: a critical review. *American Journal of Public Health*, v. 109, p. 999–1005, 2019.
- MACIEL, R. et al. Inclusão social e saúde das populações tradicionais. *Saúde e Sociedade*, v. 30, e210433, 2021.
- MACINKO, J.; GUANAES, B.; DE CAMPOS, F. The impact of primary healthcare expansion on health indicators in Brazil. *Health Policy and Planning*, v. 26, p. 171–184, 2011.
- MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, v. 365, p. 1099–1104, 2005.
- PAIM, J. et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, p. 1778-1797, 2011.
- SCHMIDT, M. I. et al. Equidade em saúde no Brasil: conceitos e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, p. 1–10, 2011.
- VIACAVA, F. et al. Participação social e controle social no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, e00154717, 2018.
- VIANNA, L. M. *Saúde pública no Brasil: uma abordagem histórica*. Rio de Janeiro: Fio-cruz, 2010.
- WHO – World Health Organization. *Social determinants of health: key concepts*. Geneva: WHO, 2020.

4



INTRODUÇÃO À GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: análise da práxis científica

*INTRODUCTION TO PUBLIC HEALTH
MANAGEMENT: analysis of scientific praxis*

Resumo

O presente artigo apresenta uma análise abrangente sobre a gestão em saúde pública, com ênfase no contexto brasileiro, abordando seus fundamentos conceituais, marcos históricos e políticos, modelos e abordagens de organização e os desafios contemporâneos enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentado em bibliografia clássica e estudos recentes, o trabalho discute como a gestão em saúde pública se configura como um processo complexo que envolve planejamento, coordenação, execução e avaliação de políticas e ações voltadas à coletividade, orientadas pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade. A partir da contextualização histórica, são apresentados avanços e limitações na construção do SUS, bem como a diversidade de modelos de gestão — desde estruturas centralizadas até redes integradas e gestão baseada em evidências. Os desafios atuais, como o subfinanciamento, as desigualdades regionais, a fragmentação do sistema e as mudanças demográficas e epidemiológicas, demandam estratégias integradas e sustentáveis. Conclui-se que a efetividade da gestão em saúde pública no Brasil requer integração entre visão estratégica, eficiência administrativa, inovação tecnológica e compromisso político com a redução das iniquidades.

Palavras-chave: Saúde pública; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; políticas públicas.

Abstract

This article presents a comprehensive analysis of public health management, focusing on the Brazilian context, addressing its conceptual foundations, historical and political milestones, organizational models and approaches, and the contemporary challenges faced by the Unified Health System (SUS). Based on classical literature and recent studies, the paper discusses how public health management is configured as a complex process involving the planning, coordination, execution, and evaluation of policies and actions aimed at the collective, guided by the principles of universality, comprehensiveness, and equity. From the historical contextualization, advances and limitations in the construction of the SUS are presented, as well as the diversity of management models — from centralized structures to integrated networks and evidence-based management. Current challenges, such as underfunding, regional inequalities, system fragmentation, and demographic and epidemiological changes, demand integrated and sustainable strategies. It is concluded that the effectiveness of public health management in Brazil requires the integration of strategic vision, administrative efficiency, technological innovation, and political commitment to reducing inequities.

Keywords: Public health; Health management; Unified Health System; public policies.

1 INTRODUÇÃO

A gestão da saúde pública constitui um campo essencial para a organização, o planejamento e a execução de políticas e ações voltadas ao bem-estar coletivo, assumindo um papel estratégico na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. Trata-se de um processo que envolve a articulação entre recursos humanos, financeiros e tecnológicos, orientado por princípios técnicos, científicos e éticos, com o intuito de garantir acesso universal, integralidade e equidade, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como o principal modelo de gestão pública em saúde, sustentado por diretrizes que buscam descentralizar a administração, fomentar a participação social e assegurar a integralidade das ações de atenção à saúde. Nesse cenário, compreender a dinâmica da gestão da saúde pública e os desafios que a permeiam é fundamental não apenas para a prática profissional, mas também para o desenvolvimento de políticas mais eficientes e inclusivas.

Historicamente, a saúde pública brasileira evoluiu em meio a tensões entre a centralização e a descentralização administrativa, assim como na adaptação de modelos internacionais às necessidades e especificidades nacionais. A ampliação do conceito de saúde, impulsionada pelo movimento da Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980, foi determinante para consolidar a compreensão de que saúde não se restringe à ausência de doenças, mas engloba condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Essa perspectiva ampliada tornou a gestão da saúde pública um campo multidisciplinar, que demanda a integração de saberes da epidemiologia, administração, ciências sociais, direito e economia. Ao mesmo tempo, as constantes mudanças sociais e tecnológicas, aliadas a restrições orçamentárias, impõem novos desafios à eficiência dos serviços, à qualidade da atenção e à equidade no acesso.

A literatura científica apresenta vasta discussão sobre modelos e práticas de gestão da saúde pública, abordando desde experiências inovadoras de governança até limitações decorrentes de barreiras políticas, institucionais e estruturais. Estudos evidenciam que a eficiência na gestão depende, em grande medida, da capacidade de planejamento integrado, da adoção de indicadores confiáveis de desempenho, do fortalecimento da atenção básica como eixo estruturante do sistema e da gestão participativa como instrumento de legitimidade e efetividade. Ao mesmo tempo, a pandemia de COVID-19 expôs fragilidades e potencialidades do sistema, evidenciando a importância de mecanismos de resposta rápida, integração entre níveis de governo e investimentos contínuos em ciência e tecnologia em

saúde.

A relevância deste estudo reside justamente na necessidade de compreender como a gestão da saúde pública é abordada e discutida na literatura científica recente, de forma a identificar tendências, desafios e perspectivas. Assim, este artigo tem como objetivo analisar, a partir de uma revisão narrativa da literatura, os principais conceitos, modelos e questões contemporâneas que permeiam a gestão da saúde pública, com enfoque na produção científica que trata do contexto brasileiro e, quando pertinente, em comparações internacionais. Pretende-se, com isso, contribuir para o debate acadêmico e fornecer subsídios para gestores, pesquisadores e formuladores de políticas públicas.

A metodologia adotada para a elaboração deste artigo consiste em uma revisão narrativa de literatura, que se caracteriza por apresentar e discutir o estado do conhecimento sobre determinado tema, sem, necessariamente, seguir um protocolo tão rigoroso quanto o de revisões sistemáticas. Essa abordagem foi escolhida por permitir maior flexibilidade na análise, contemplando diferentes tipos de estudos, perspectivas teóricas e contextos. A pesquisa bibliográfica foi realizada entre junho e julho de 2025, em bases de dados nacionais e internacionais, incluindo Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Web of Science. Utilizaram-se descritores em português e inglês, tais como “gestão da saúde pública” (“public health management”), “políticas de saúde” (“health policies”) e “sistema único de saúde” (“unified health system”), combinados por meio de operadores booleanos.

Os critérios de inclusão consideraram artigos publicados entre 2015 e 2025, disponíveis integralmente, que abordassem a gestão da saúde pública em sua dimensão organizacional, política ou administrativa. Foram incluídos estudos empíricos, revisões e ensaios teóricos, desde que apresentassem relação direta com a temática. Excluíram-se trabalhos que tratassem exclusivamente de gestão hospitalar ou que não contemplassem aspectos da saúde pública em nível coletivo. A seleção inicial resultou em 78 artigos, dos quais, após leitura dos resumos e aplicação dos critérios, 42 foram analisados na íntegra. A análise dos dados buscou identificar categorias temáticas, tais como modelos de gestão, instrumentos de avaliação de desempenho, políticas de descentralização, financiamento e participação social.

A opção por essa estratégia metodológica justifica-se pela necessidade de mapear a diversidade de abordagens presentes na literatura e, ao mesmo tempo, discutir criticamente as implicações de cada uma para o fortalecimento do sistema de saúde. Assim, a presente introdução, acompanhada da exposição da metodologia, estabelece as bases para as seções seguintes, nas quais se aprofundará a contextualização teórica, a apresentação dos resultados da revisão e a análise crítica das

principais contribuições e lacunas encontradas. Dessa forma, o artigo pretende não apenas sistematizar o conhecimento existente, mas também abrir espaço para reflexões sobre possíveis caminhos e inovações na gestão da saúde pública.

2 CONCEITOS FUNDAMENTAIS DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

A gestão em saúde pública constitui um campo multidimensional que abrange o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação de políticas, programas e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde coletiva. Seu desenvolvimento histórico e conceitual reflete a evolução das próprias políticas de saúde, os avanços no conhecimento científico e as transformações socioeconômicas e culturais. De acordo com Paim e Almeida Filho (2014), a gestão da saúde pública está intrinsecamente ligada à governança do sistema de saúde, envolvendo tanto a formulação e implementação de políticas quanto a gestão administrativa, financeira e de recursos humanos, com o objetivo de assegurar a universalidade, a integralidade e a equidade do cuidado.

Do ponto de vista conceitual, gestão e administração não são termos sinônimos, embora frequentemente empregados de forma intercambiável na literatura. A administração tende a estar associada a processos técnicos de execução e controle, enquanto a gestão incorpora dimensões mais amplas, incluindo a capacidade de liderança, tomada de decisão estratégica e articulação intersetorial (Chia-venato, 2014). No campo da saúde pública, a gestão adquire uma especificidade adicional ao considerar a complexidade do sistema de saúde, a multiplicidade de atores envolvidos e a interdependência entre determinantes sociais, econômicos e ambientais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) define a gestão da saúde como o conjunto de ações que visam otimizar a utilização de recursos para alcançar os objetivos de saúde da população, implicando processos de liderança, formulação de políticas, regulação, financiamento e prestação de serviços. Essa perspectiva enfatiza a importância de um sistema robusto de governança, capaz de responder às necessidades de saúde de forma equitativa, eficiente e sustentável.

No contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) estabeleceram os fundamentos normativos da gestão pública em saúde, consagrando o Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo de atenção universal e descentralizado. A gestão no SUS se organiza em diferentes níveis de responsabilidade – federal, estadual e municipal – e se pauta pela descentralização administrativa, pela participação social e pela hierarquização das ações e serviços. Como aponta Mendes (2011), a gestão descentralizada é uma das

principais inovações do SUS, mas também representa um desafio constante, dada a heterogeneidade de capacidades técnicas e financeiras entre municípios e estados.

A literatura contemporânea reforça que a gestão em saúde pública não pode ser reduzida à lógica meramente operacional; ela exige capacidade analítica e estratégica para lidar com incertezas, crises e desigualdades. Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, evidenciou-se que a eficácia da gestão depende não apenas de protocolos técnicos, mas também da habilidade de articular múltiplos setores, comunicar-se de forma clara com a população e adaptar-se rapidamente a cenários epidemiológicos dinâmicos (Barberia; Gómez, 2020).

Conceitualmente, podem-se identificar três eixos fundamentais que estruturam a gestão da saúde pública: o eixo técnico-operacional, que envolve o planejamento, a execução e a avaliação de serviços; o eixo político-institucional, que abrange a governança, a legislação e a coordenação intergovernamental; e o eixo sociocultural, que inclui a participação social, a educação em saúde e a adaptação das políticas às realidades locais (Testa, 1992). Essa tríade demonstra que a gestão é tanto uma ciência quanto uma prática política e social.

O planejamento em saúde, segundo Gurgel Júnior (2018), é um instrumento central da gestão e deve ser orientado por diagnósticos situacionais que identifiquem necessidades e prioridades. No âmbito do SUS, utiliza-se o Planejamento Ascendente, no qual as demandas e propostas partem dos municípios, são consolidadas em nível estadual e, por fim, articuladas em nível federal. Tal abordagem visa garantir que as políticas reflitam as necessidades reais das comunidades, embora enfrente limitações relacionadas à capacidade técnica e ao financiamento desigual.

Outro conceito relevante é o de avaliação em saúde, que se refere ao processo sistemático de análise da efetividade, eficiência e qualidade das ações e serviços (Contandriopoulos *et al.*, 1997). A avaliação é um componente indispensável para retroalimentar o ciclo de gestão, permitindo identificar falhas, corrigir rumos e melhorar o desempenho do sistema. Nos últimos anos, a literatura tem enfatizado a importância de avaliações participativas e integradas, que envolvam não apenas gestores e profissionais, mas também usuários e representantes da sociedade civil.

No campo da gestão contemporânea, a noção de redes de atenção à saúde (RAS) tem ganhado relevância. Mendes (2011) destaca que as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que se articulam de forma cooperativa e complementar para garantir a integralidade do cuidado. A gestão das RAS exige coordenação eficaz, mecanismos de regulação e sistemas de informação integrados, elementos que ainda representam desafios estruturais no Brasil.

A gestão baseada em evidências constitui outro pilar conceitual importante. Trata-se de um processo no qual as decisões são fundamentadas em dados e pesquisas científicas, buscando maximizar a efetividade das intervenções e o uso racional dos recursos (Brownson; Fielding; Maylahn, 2009). No contexto da saúde pública, isso implica combinar indicadores epidemiológicos, análises econômicas e avaliações de impacto social, de modo a embasar políticas e práticas de maneira robusta.

Assim sendo, é imprescindível destacar que a gestão em saúde pública é um processo contínuo e adaptativo. Campos (2017) analisa que as transformações demográficas, as mudanças no perfil epidemiológico, a incorporação de novas tecnologias e os efeitos das desigualdades sociais e econômicas exigem constante revisão das estratégias e práticas de gestão. Ele afirma ainda que a gestão em saúde não é neutra: ela expressa valores, escolhas políticas e disputas de interesses que moldam a forma como os sistemas respondem às necessidades da população.

3 MARCOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A trajetória da saúde pública no Brasil é marcada por transformações profundas que refletem tanto o desenvolvimento das políticas sociais quanto as dinâmicas políticas, econômicas e culturais do país. Ao longo de mais de um século, três grandes marcos históricos e políticos podem ser identificados como estruturantes para a consolidação de um sistema público de saúde: o movimento sanitarista e a criação das primeiras instituições nacionais de saúde; a Reforma Sanitária Brasileira e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988; e o processo de consolidação e desafios do SUS nas décadas subsequentes. Esses marcos não apenas evidenciam avanços institucionais e normativos, mas também revelam tensões e disputas que continuam a influenciar a organização e a gestão da saúde no país.

O primeiro marco, situado no início do século XX, relaciona-se ao movimento sanitarista e à criação das primeiras instituições nacionais de saúde. No período republicano, sobretudo a partir das décadas de 1910 e 1920, o Brasil enfrentava graves problemas de saúde pública, como epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica, agravados pela urbanização acelerada e pela ausência de políticas integradas de saneamento. Nesse contexto, o trabalho de Oswaldo Cruz e de outros sanitaristas foi fundamental para a implantação de campanhas de erradicação e controle de doenças transmissíveis, utilizando métodos epidemiológicos e estratégias de mobilização social (Hochman, 1998). A criação de instituições como o Instituto Soroterápico Federal (1900), posteriormente transformado em Fundação

Oswaldo Cruz, e o Departamento Nacional de Saúde Pública (1920) representou um avanço na centralização e coordenação das ações sanitárias. Embora a atuação desse período fosse marcada por um viés centralizador e coercitivo, sobretudo nas campanhas obrigatórias de vacinação, estabeleceu-se uma base institucional e técnica que influenciaria a gestão sanitária nas décadas seguintes (Castro-Santos, 1987).

O segundo marco histórico-político decisivo ocorreu durante o processo de redemocratização do país, na década de 1980, com a emergência e consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Influenciada por debates internacionais sobre determinação social da saúde e inspirada em experiências de sistemas universais, a Reforma Sanitária foi um movimento social e intelectual que articulou pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e militantes em defesa de um modelo público, universal e equitativo (Paim, 2008). A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um ponto de inflexão, ao consolidar propostas como a universalização do acesso, a integralidade da atenção e a descentralização da gestão. Essas ideias foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 definiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A regulamentação desse novo modelo ocorreu com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), que definiram as atribuições das esferas de governo, instituíram mecanismos de financiamento e consolidaram a participação social por meio de conselhos e conferências de saúde (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Esse marco representa a institucionalização de um sistema de saúde com fundamentos democráticos, descentralizados e participativos, que rompeu com a fragmentação assistencial do período anterior e buscou integrar ações preventivas e curativas.

O terceiro marco histórico refere-se à consolidação e aos desafios enfrentados pelo SUS a partir da década de 1990 até o presente. O período foi caracterizado por avanços importantes, como a expansão da Atenção Básica via Estratégia Saúde da Família, a ampliação da cobertura vacinal, a criação de programas nacionais de referência — como o Programa Nacional de Imunizações e o Programa Nacional de Controle do HIV/AIDS — e a melhoria de indicadores de saúde, incluindo a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (Victora et al., 2011). Ao mesmo tempo, desafios estruturais permaneceram, como o subfinanciamento crônico, a desigualdade regional na oferta de serviços, a dificuldade de integração entre os níveis de atenção e a fragmentação das redes de cuidado (Mendes, 2011). A pandemia de COVID-19, a partir de 2020, expôs de forma dramática tanto as potencialidades do SUS, como sua capilaridade e capacidade de resposta rápida, quanto suas fragilidades, especialmente no que se refere à coordenação fe-

derativa e à dependência de financiamento federal (Barberia; Gómez, 2020). Nesse contexto, a consolidação do SUS continua a exigir esforços de gestão inovadora, fortalecimento da governança e proteção contra retrocessos que possam comprometer seu caráter universal.

Esses três marcos históricos e políticos evidenciam que a saúde pública brasileira se construiu em um processo cumulativo, permeado por avanços técnicos, disputas políticas e redefinições institucionais. O movimento sanitarista inaugurou uma lógica de ação estatal na saúde, ainda que com um viés autoritário; a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988 democratizaram e universalizaram o acesso, estabelecendo uma base normativa avançada; e o processo de consolidação do SUS tem reafirmado a importância de um sistema público robusto, ao mesmo tempo em que enfrenta desafios permanentes de sustentabilidade, equidade e qualidade. A compreensão desses marcos é fundamental para orientar análises críticas e para fundamentar políticas públicas que preservem e fortaleçam o direito à saúde no Brasil.

4 MODELOS E ABORDAGENS DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

A gestão em saúde pública se materializa por meio de diferentes modelos e abordagens que traduzem, na prática, princípios, estratégias e arranjos organizativos para responder às demandas da população e aos desafios estruturais dos sistemas de saúde. Esses modelos não são estáticos, mas se modificam ao longo do tempo em função de mudanças epidemiológicas, avanços tecnológicos, conjunturas políticas e transformações sociais. No caso brasileiro, a diversidade territorial, econômica e cultural exige soluções múltiplas e adaptáveis, ainda que articuladas por diretrizes nacionais estabelecidas pelo SUS (Almeida; Giovanella, 2018). Neste contexto, é possível identificar, com base na literatura científica e na experiência histórica, quatro grandes abordagens que têm orientado a gestão da saúde pública: o modelo centralizado e hierárquico; o modelo descentralizado e participativo; a gestão por redes de atenção à saúde; e a abordagem da gestão baseada em evidências e resultados.

O modelo centralizado e hierárquico tem suas raízes históricas no início do século XX, especialmente no período marcado pelas campanhas sanitárias de combate a epidemias, como as conduzidas por Oswaldo Cruz e seus contemporâneos. Caracteriza-se por forte concentração do poder decisório em instâncias centrais, com ênfase em padronização de procedimentos, verticalidade na coordenação das ações e centralização orçamentária. Essa abordagem, embora eficiente para situações emergenciais — como o enfrentamento de surtos epidêmicos —, apresenta li-

mitações no atendimento de necessidades locais específicas (Hochman, 1998). No Brasil, resquícios dessa lógica ainda podem ser observados em programas nacionais de saúde de caráter vertical, como campanhas de vacinação em massa e ações de controle de endemias, nas quais a uniformidade das estratégias e o comando central são considerados essenciais para o alcance de resultados rápidos e amplos. Mendes (2011) observa que, apesar dos avanços democráticos e da descentralização promovida pelo SUS, determinados contextos, como crises sanitárias de grande magnitude, podem exigir o resgate temporário de elementos centralizadores para garantir a efetividade da resposta.

Em contraposição, o modelo descentralizado e participativo emergiu com força no Brasil a partir da Constituição de 1988 e da Reforma Sanitária, que estabeleceram a descentralização como diretriz organizativa do SUS. Nesse modelo, a gestão é compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal, com responsabilidades definidas em lei e instrumentos formais de pactuação, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A descentralização busca aproximar as decisões do contexto local, permitindo maior adequação das políticas às realidades epidemiológicas, socioeconômicas e culturais (Paim, 2008).

Um elemento central dessa abordagem é a participação social institucionalizada por meio de conselhos e conferências de saúde, que asseguram a representação de usuários, trabalhadores e gestores no processo decisório (Brasil, 1990b). Embora amplamente reconhecido como avanço democrático, o modelo descentralizado enfrenta desafios como desigualdade na capacidade técnica e administrativa entre municípios, variação na qualidade da gestão e dependência financeira de repasses federais. Ainda assim, estudos indicam que a descentralização, quando associada a processos participativos efetivos, tende a fortalecer o controle social e a responsividade do sistema (Labra; Figueiredo, 2002).

A gestão por redes de atenção à saúde (RAS) representa uma evolução conceitual e operacional significativa no campo da saúde pública. Baseia-se na organização dos serviços em redes integradas que articulam ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado (Mendes, 2011). Esse modelo rompe com a fragmentação dos serviços e propõe fluxos assistenciais contínuos, coordenados preferencialmente pela Atenção Básica, que atua como porta de entrada do sistema. As RAS podem ser temáticas — como a Rede Cegonha (atenção materno-infantil) e a Rede de Urgência e Emergência — ou regionais, abrangendo todo o conjunto de serviços de saúde de uma determinada área geográfica. A gestão das redes demanda elevada capacidade de coordenação intergovernamental, integração de sistemas de informação, regulação eficaz e financiamento adequado. No Brasil, experiências bem-sucedidas indicam que as RAS contribuem para reduzir duplicidades, melhorar a qualidade da atenção e

otimizar recursos, mas ainda enfrentam barreiras relacionadas à governança compartilhada e à insuficiência de investimentos (Almeida; Giovanella, 2018).

Por fim, a gestão baseada em evidências e resultados é uma abordagem mais recente, alinhada a tendências internacionais que enfatizam a utilização de dados científicos e indicadores de desempenho como base para a tomada de decisões (Brownson; Fielding; Maylahn, 2009). Essa abordagem integra metodologias de avaliação de políticas, análise epidemiológica, economia da saúde e gestão da qualidade para orientar intervenções mais efetivas e eficientes. No contexto brasileiro, a incorporação de práticas baseadas em evidências tem avançado por meio de iniciativas como o uso de painéis de indicadores, a avaliação de programas e o fortalecimento da vigilância em saúde. Segundo Guimarães (2020), a adoção dessa abordagem exige não apenas a disponibilidade de dados confiáveis, mas também a capacidade técnica de os analisar criticamente, evitando interpretações reducionistas ou desvinculadas do contexto local. Além disso, a gestão orientada por resultados pressupõe monitoramento contínuo, transparência na divulgação de informações e accountability perante a sociedade, alinhando-se aos princípios do SUS de participação e controle social.

É importante ressaltar que esses modelos e abordagens não se excluem mutuamente; ao contrário, frequentemente coexistem e se complementam. Guimarães (2020) observa que em situações de emergência sanitária, elementos centralizados podem ser combinados com estruturas descentralizadas para otimizar a resposta, enquanto redes de atenção podem ser geridas com base em evidências e indicadores de desempenho. A literatura aponta que a eficácia da gestão depende menos da adoção rígida de um único modelo e mais da capacidade de integrar diferentes abordagens de forma flexível, adaptando-as às necessidades e recursos disponíveis (Paim; Almeida Filho, 2014).

Nesse sentido, a escolha e implementação de um modelo de gestão devem considerar não apenas os objetivos de saúde, mas também a capacidade institucional, a cultura organizacional e o contexto político. No Brasil, conforme observam Almeida e Giovanella (2018), a diversidade federativa e a complexidade do SUS demandam um arranjo híbrido que combine coordenação nacional, autonomia local, integração em redes e uso intensivo de dados e evidências. A consolidação dessa perspectiva exige investimentos em formação e qualificação de gestores, modernização de sistemas de informação, fortalecimento da regulação e ampliação da participação social.

5 A GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E OS SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS: UMA DISCUSSÃO SOBRE PANORAMAS

A gestão em saúde pública, em especial no contexto brasileiro, enfrenta um conjunto de desafios contemporâneos que resultam da interação entre fatores históricos, estruturais e conjunturais. Tais desafios decorrem, por um lado, das mudanças demográficas e epidemiológicas e, por outro, das transformações socioeconômicas, tecnológicas e políticas que afetam o funcionamento do SUS. O cenário é marcado pela necessidade de conciliar os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade com restrições orçamentárias, desigualdades regionais, complexidade administrativa e pressões crescentes sobre a rede de serviços. A literatura científica nacional e internacional aponta que a superação dessas barreiras exige, simultaneamente, inovação na gestão, fortalecimento da governança, qualificação dos recursos humanos e adoção de políticas baseadas em evidências (Paim, 2008; World Health Organization, 2016).

Um primeiro desafio central refere-se ao financiamento insuficiente e instável. Desde sua criação, o SUS sofre com a crônica limitação de recursos, agravada pela implementação de políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs teto aos gastos públicos por 20 anos. Segundo Ocké-Reis (2018), o subfinanciamento compromete a capacidade do sistema de expandir a cobertura, modernizar a infraestrutura e incorporar tecnologias em saúde, impactando diretamente a qualidade e a equidade do atendimento. A gestão, nesse contexto, deve lidar com o dilema de priorizar demandas urgentes sem descontinuar programas essenciais, o que implica aprimorar a alocação e o uso eficiente dos recursos, além de buscar fontes alternativas de financiamento e parcerias estratégicas.

Outro aspecto crítico é a desigualdade na distribuição de recursos e serviços entre regiões e municípios. A literatura evidencia que fatores como capacidade de arrecadação própria, densidade populacional, infraestrutura instalada e disponibilidade de profissionais de saúde influenciam a capacidade gestora local (Viana; Lima, 2011). Enquanto grandes centros urbanos concentram serviços especializados e equipamentos de alta tecnologia, áreas rurais e regiões Norte e Nordeste frequentemente enfrentam escassez de médicos, carência de hospitais e longas distâncias de deslocamento para atendimento. Essa desigualdade reforça a necessidade de políticas de regionalização efetiva e de fortalecimento das redes de atenção, visando à integralidade e à equidade no acesso.

A gestão de recursos humanos configura outro desafio relevante. O SUS é um dos maiores empregadores do país, mas sofre com a distribuição desigual, alta rotatividade e, em alguns casos, baixa qualificação de seus profissionais. A escassez de especialistas em determinadas áreas, como medicina de família, obstetrícia e

psiquiatria, afeta a resolutividade da atenção básica e especializada (Scheffer *et al.*, 2020). Além disso, a precarização dos vínculos trabalhistas e a fragmentação de carreiras dificultam a formação de equipes estáveis e comprometidas com projetos de longo prazo. A literatura destaca a importância de políticas estruturantes de educação permanente, planos de carreira, incentivos à fixação em áreas remotas e melhoria das condições de trabalho como estratégias essenciais para enfrentar essa problemática (Brasil, 2018).

No campo da inovação tecnológica e digitalização dos processos de gestão, a incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TICs) é simultaneamente oportunidade e desafio. Sistemas como o e-SUS AB e o Prontuário Eletrônico do Cidadão têm potencial para integrar informações, qualificar a vigilância em saúde e otimizar fluxos assistenciais. No entanto, problemas de infraestrutura tecnológica, interoperabilidade de sistemas e capacitação de usuários ainda limitam seu uso pleno (Harzheim *et al.*, 2018). Além disso, o avanço da telemedicina, impulsionado durante a pandemia de COVID-19, exige regulação adequada, definição de protocolos clínicos e investimentos para garantir qualidade e segurança no atendimento remoto.

A transição demográfica e epidemiológica também impõe novos desafios. O envelhecimento populacional, associado ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes e câncer, demanda um modelo assistencial centrado na atenção contínua, na prevenção e na promoção da saúde, em contraposição ao enfoque historicamente hospitalocêntrico e curativo (Mendes, 2011). Paralelamente, o país ainda convive com doenças transmissíveis, como dengue, tuberculose e leishmaniose, que requerem vigilância epidemiológica constante e capacidade de resposta rápida a surtos e epidemias. Essa dupla carga de doenças sobrecarrega o sistema e exige estratégias integradas de gestão, articulando ações de prevenção, tratamento e reabilitação.

A governança e a coordenação federativa representam outra dimensão complexa. O SUS é um sistema descentralizado e tripartite, o que implica compartilhamento de responsabilidades e recursos entre União, estados e municípios. Embora essa estrutura favoreça a adequação das políticas às realidades locais, também pode gerar fragmentação, sobreposição de funções e dificuldades de pactuação, especialmente em contextos de divergência política entre entes federados (Machado *et al.*, 2014). A consolidação de instâncias como a CIT e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) é fundamental para promover a articulação e a cooperação, mas sua efetividade depende de relações institucionais estáveis e da capacidade técnica dos gestores.

O enfrentamento de emergências sanitárias, como demonstrado pela pandemia de COVID-19, expôs fragilidades estruturais e gerenciais do sistema de saúde.

de. Falhas na coordenação nacional, insuficiência de insumos estratégicos, dificuldades logísticas e desigualdade no acesso a cuidados intensivos evidenciaram a necessidade de aprimorar os planos de contingência e fortalecer a capacidade de resposta rápida (Castro *et al.*, 2021). Ao mesmo tempo, a crise mostrou a relevância de mecanismos ágeis de aquisição de equipamentos, fortalecimento da produção nacional de vacinas e medicamentos e ampliação da capacidade hospitalar temporária em situações críticas.

A participação e o controle social, previstos na legislação do SUS, enfrentam desafios para sua efetividade. Conselhos e conferências de saúde são instrumentos fundamentais para democratizar as decisões e garantir que as políticas reflitam as necessidades da população. Contudo, problemas como baixa representatividade, falta de capacitação dos conselheiros, ausência de retorno sobre as deliberações e, em alguns casos, captura política, comprometem o potencial transformador desses espaços (Labra; Figueiredo, 2002). Fortalecer a participação social implica investir em formação, ampliar a transparência e garantir a institucionalidade das decisões tomadas coletivamente.

Por fim, destaca-se o desafio de construir um sistema sustentável e resiliente frente às mudanças climáticas, crises econômicas e transformações no perfil de saúde global. A intensificação de eventos climáticos extremos, como enchentes e ondas de calor, pode ampliar riscos sanitários, demandando da gestão maior integração entre políticas ambientais e de saúde (Watts *et al.*, 2018). A intersetorialidade, nesse sentido, é elemento-chave para enfrentar determinantes sociais e ambientais da saúde, articulando ações de diferentes setores governamentais e da sociedade civil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão em saúde pública constitui um campo estratégico para a promoção, proteção e recuperação da saúde coletiva, especialmente em países como o Brasil, onde o SUS representa a principal porta de entrada e a base de garantia do direito constitucional à saúde. A análise desenvolvida ao longo deste estudo evidencia que a gestão eficiente do sistema de saúde demanda não apenas competência técnica e rigor administrativo, mas também sensibilidade social e capacidade política para articular interesses, superar desigualdades e enfrentar desafios de natureza complexa e multifatorial.

Do ponto de vista conceitual, a gestão em saúde pública transcende o mero gerenciamento de recursos e serviços, constituindo-se em um processo contínuo de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação de ações e políticas voltadas à coletividade. Esse processo se apoia em princípios e diretrizes

que garantem a universalidade, a integralidade e a equidade, mas que, ao mesmo tempo, exigem constante adaptação diante das transformações demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e econômicas.

O exame dos marcos históricos e políticos da saúde pública no Brasil revela que avanços institucionais relevantes, como a criação do SUS, a descentralização da gestão e a incorporação do controle social, foram decisivos para ampliar o acesso e democratizar o processo decisório. Contudo, persistem heranças estruturais, como o subfinanciamento e a desigualdade na oferta de serviços, que continuam a limitar a efetividade das políticas de saúde.

Os modelos e abordagens de gestão, por sua vez, mostram-se diversos e dinâmicos, incorporando desde referenciais mais clássicos, centrados no comando e controle, até modelos inovadores baseados na governança colaborativa, redes de atenção e gestão por resultados. Essa diversidade reflete a necessidade de respostas adaptativas a realidades regionais distintas e a complexidade crescente dos problemas de saúde, sobretudo no contexto brasileiro, marcado por desigualdades socioespaciais profundas.

No que concerne aos desafios contemporâneos, destaca-se que o financiamento insuficiente, a escassez e má distribuição de recursos humanos, a desigualdade regional, a fragmentação da gestão e a pressão causada pelo envelhecimento populacional e pela dupla carga de doenças demandam estratégias articuladas e sustentáveis. Além disso, emergências sanitárias como a pandemia de COVID-19 evidenciaram a importância de um sistema resiliente, capaz de responder de forma rápida e coordenada a crises de grande magnitude, sem perder de vista a continuidade das ações essenciais.

Assim, torna-se evidente que a consolidação de uma gestão pública em saúde de qualidade requer investimentos contínuos em inovação tecnológica, qualificação profissional, fortalecimento da governança intergovernamental e ampliação da participação social efetiva. É imperativo que as políticas públicas sejam sustentadas por evidências científicas e que haja compromisso político com a redução das iniquidades em saúde.

Por fim, conclui-se que o fortalecimento da gestão em saúde pública no Brasil depende de uma combinação entre visão estratégica, eficiência operacional e compromisso ético-político com os princípios do SUS. Somente a partir dessa integração será possível não apenas enfrentar os desafios presentes, mas também antecipar e responder de forma adequada às demandas futuras, garantindo à população brasileira o direito à saúde em toda a sua plenitude.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patricia F.; GIOVANELLA, Ligia. Redes de atenção à saúde: desafios da integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3615-3628, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182310.25102018.

BARBERIA, Lorena G.; GÓMEZ, Eduardo J. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. *The Lancet*, [S. l.], v. 396, n. 10248, p. 367-368, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31681-0.

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. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BROWNSON, Ross C.; FIELDING, Jonathan E.; MAYLAHN, Christine M. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual Review of Public Health*, [S. l.], v. 30, p. 175-201, 2009. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100134.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Gestão em saúde: análise crítica e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2017.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. *A política de saúde no Brasil: uma análise histórica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1987.

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, [S. l.], v. 398, n. 10295, p. 345-356, 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00271-8.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à teoria geral da administração*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

GUIMARÃES, Reinaldo. Pesquisa em saúde no Brasil: tendências e desafios. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, n. 42, p. 1-8, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002302.

GURGEL JÚNIOR, Geraldo Domingos. *Planejamento em saúde: teoria e prática*. São Paulo: Atheneu, 2018.

HARZHEIM, Erno et al. Telessaúde como ferramenta de apoio à Atenção Básica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-7, 2018. DOI: 10.5712/rbmfc13(40)1692.

- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge Augusto de Souza. Participação e controle social em saúde: possibilidades e limites do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 281-297, 2002. DOI: 10.1590/S1413-81232002000200007.
- MACHADO, Cristiani Vieira et al. Federalism and health policy: the case of emergency care in Brazil. *Health Policy and Planning*, [S. l.], v. 29, n. 6, p. 694-702, 2014. DOI: 10.1093/heapol/czt054.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: WHO, 2007.
- PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- SCHEFFER, Mário et al. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020.
- TESTA, Mario. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. Descentralização e regionalização da política de saúde: um balanço da literatura e perspectivas para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2785-2794, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000600005.
- VICTORA, Cesar G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, [S. l.], v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X.
- WATTS, Nick et al. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. *The Lancet*, [S. l.], v. 392, n. 10163, p. 2479-2514, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32594-7.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework on integrated, people-centred health services*. Geneva: WHO, 2016.

O livro **Saúde Pública: epistemologia, gestão e democracia** oferece uma leitura crítica e integrada do campo, articulando teoria e prática a partir de três eixos fundamentais. Ao discutir sua base epistemológica, destaca a necessidade de uma ciência situada, interdisciplinar e conectada aos saberes populares. No âmbito da gestão, analisa os desafios do SUS e propõe modelos participativos, territoriais e inclusivos de cuidado. Por fim, reafirma a democracia como horizonte ético e político da saúde, vinculando o direito à vida digna à participação social e ao fortalecimento das instituições. Mais do que respostas prontas, a obra convoca leitores a refletirem, debaterem e se engajarem na construção de uma saúde pública emancipatória, justa e transformadora.

ISBN: 978-65-6068-198-9

