

## NOTAS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA, A SAÚDE COLETIVA E O ESTABELECIMENTO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Carina Kirst<sup>1</sup>**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
carinakirst@gmail.com

**Camilo Darsie<sup>2</sup>**

Universidade de Santa Cruz do Sul  
camilodarsie@unisc.br

---

### Resumo

O Sistema Único de Saúde destaca-se nos cuidados em Saúde da população brasileira. Ele se constituiu por meio de campos de conhecimento diversos, a partir da intersecção de saberes e práticas múltiplas, ocorridas em tempo-especialidades políticas distintas. Deste modo, com o objetivo de contextualizar a história da Saúde e das políticas públicas que lhe envolvem, no Brasil, este ensaio teórico discorre sobre acontecimento que vão desde o nascimento da Saúde Pública, em meados do século XIX, até a estruturação do sistema de saúde brasileiro. Para tanto, perpassa a inauguração da Saúde Coletiva, movimento que fomentou embates políticos e democráticos que impulsionaram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro, responsável pela constituição e estabelecimento do Sistema de Saúde nacional.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Saúde Coletiva; Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; Sistema Único de Saúde; Formação em Saúde.

### NOTES ABOUT PUBLIC HEALTH, COLLECTIVE HEALTH AND THE ESTABLISHMENT AND OPERATION OF THE BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM

### Abstract

The Brazil's Unified Health System stands out in the context of health care of the Brazilian population. It was constituted from different fields of knowledge, in the intersection of multiple ideas and practices, which occurred in different political time-spatialities. Thus, aiming to contextualize the history of health and public policies in Brazil, this theoretical paper discusses events ranging from the birth of Public Health, in the mid-19th century, to the structuring of the health system of Brazil. Therefore, discusses about the inauguration of Collective Health, a movement that fomented political and democratic clashes that boosted the Brazilian Health Reform Movement, responsible for the constitution and establishment of the national Health System.

**Keywords:** Public Health; Collective Health; Brazilian Health Reform Movement; Brazil's Unified Public Health; Education in Health.

---

<sup>1</sup> Psicóloga do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Doutoranda do Programa de Pós-graduação de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Mestra em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

<sup>2</sup> Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Coordenador do Internato de Saúde Coletiva e Professor no curso de Medicina. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com Doutorado Sanduíche na Universidade de Minnesota (EUA), concluiu Pós-doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo desempenhado atividades de campo na Costa Rica, por meio da Universidad de Costa Rica (UCR).



## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde Pública foi constituída a partir da necessidade de criação e aplicação de ações direcionadas ao controle e à prevenção de doenças que assolavam as populações urbanas no período da Revolução Industrial. Na medida em que as cidades cresciam sem planejamento e eram acometidas por doenças infectocontagiosas e outros acontecimentos sanitários que causavam consequências negativas, o manejo e a prevenção de doenças se tornaram relevantes para administradores públicos e industriais, já que impactavam os índices de produção e o desenvolvimento econômico das nações.

Anos depois, a perspectiva da Saúde Pública se transformou, globalmente, preocupando-se prioritariamente com a potencialização da saúde das populações e, sequencialmente, com o controle sobre doenças que podem emergir de dinâmicas coletivas. As estratégias que envolvem tais dinâmicas, mesmo diferentes, não ocorrem em tempos distintos, pois são justamente as ações integradas de promoção da saúde e controle de doenças que garantem melhores condições de vida para os diferentes sujeitos. No contexto brasileiro, contudo, a Saúde Coletiva emergiu, do interior das preocupações ligadas à Saúde Pública, como um movimento que se preocupa com problemas e demandas de saúde em nível populacional, assim como a nova Saúde Pública, mas balizada, especialmente, pelas demandas nacionais.

A conjuntura social da época de seu surgimento, no país, foi marcada pela ditadura militar e, em contrapartida, constituíam-se inúmeros movimentos sociais – por meio de segmentos estudantis, sindicais, populares, universitários, entre outros – que combatiam o autoritarismo dos governantes ao passo que apoiavam a democratização do Estado e da sociedade. Nesta seara, a Saúde tornou-se um campo de destaque no que se refere à produção de conhecimentos que atravessavam disciplinas como a Epidemiologia, as Ciências Sociais, a Estatística, entre outras que representavam possibilidades de fortalecimento da democracia a partir do redimensionamento das práticas de cuidado em saúde.

Assim, em articulação à noção de Saúde Coletiva, consolidou-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que teve como temática central o reconhecimento do direito à saúde como algo inerente à conquista da cidadania. Na década de 1990, portanto, em decorrência do MRSB e da noção de Saúde Coletiva, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) – um sistema público de saúde que prima pela promoção da saúde, pelo “Direito Universal à Saúde”, pela equidade de acesso e pela integralidade no atendimento. Observa-se que, neste contexto, houve uma intensa integração de acontecimentos que englobam os campos

da Saúde, da Política, da Educação, do Direito, entre outros e que se manifesta até os dias de hoje.

No entanto, ainda ocorrem muitos equívocos conceituais e desconhecimento acerca de aspectos históricos que modelaram as práticas e políticas de saúde brasileiras. Tais situações ainda fragilizam as políticas públicas de saúde nacionais contemporâneas em um contexto social cada vez mais marcado pelas demandas neoliberais, por meio das quais a saúde deixaria de ser um direito assegurado, para todos, pelo Estado. Nesta direção, este texto apresenta, por meio de levantamento bibliográfico, aspectos conceituais relativos à história e ao funcionamento da Saúde Pública, da Saúde Coletiva, do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde.

Entende-se que tais questões podem ser de grande importância, especialmente no que se refere aos processos de formação em saúde e de pesquisa na área.

Para tanto, é apresentado um recorte, adaptado e atualizado, da pesquisa intitulada “Relatos de uma viagem pela Política Nacional de Humanização: problematizações acerca da educação e produção de trabalhadores da saúde (KIRST, 2017), na qual, estas e demais questões relativas às políticas públicas de saúde brasileiras foram investigadas e discutidas.

Partindo disso o ensaio que segue encontra-se estruturado de modo a discorrer sobre a emergência da Saúde Pública, em escala internacional e seu estabelecimento no Brasil. Sequencialmente, versa sobre a Saúde Coletiva enquanto um movimento brasileiro de saúde, destacando as condições sociais que oportunizaram a sua emergência. Após, são apresentados aspectos relativos ao MRSB e ao SUS para que, a seguir, sejam encerrados os argumentos.

## **2 A SAÚDE PÚBLICA E SEU ESTABELECIMENTO NO BRASIL**

Durante a Revolução Industrial, os contextos urbanos, principalmente, europeus eram marcados pela falta de estrutura ambiental e situações de insalubridade. “Havia por toda a parte lixo, falta de esgotamento sanitário, falta de água potável e gente morando em cortiços. Juntamente com isso, os problemas sociais e de saúde cresciam, prevalecendo, ao lado da riqueza produzida nas indústrias, a miséria humana e as epidemias” (LIMA; LIMA, 2020, p. 3).

Uma das preocupações que envolviam os administradores públicos e industriais, à época, portanto, era a criação de medidas de controle de doenças capazes de assegurarem menores impactos sobre os níveis de produção e distribuição das mercadorias e produtos que aqueciam as economias de diferentes nações do velho mundo. Neste contexto, a denominação “Saúde

Pública” surgiu em função da necessidade de serem pensadas melhores condições sanitárias para as populações que se concentravam – e rapidamente aumentavam – nas cidades industriais mantendo o funcionamento do setor produtivo.

Partindo disso, em 1842, foi elaborado um relatório acerca das condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha – também conhecido como Relatório Chadwick – dirigido pelo advogado e administrador público Edwin Chadwick. O documento tinha como objetivos a realização de um diagnóstico da situação sanitária inglesa, a proposição de intervenções relacionadas ao saneamento das cidades e a organização do Estado para a realização de tais intervenções em prol da Saúde Pública (MORLEY, 2007).

O movimento não foi isolado, pois em países como Alemanha e França, ações relacionadas ao controle e prevenção de doenças se tornavam cada vez mais comuns. A constituição de uma polícia médica – responsável pelo monitoramento de ações de higiene – e as diversas transformações nas estruturas urbanas – que miravam na diminuição de focos de doenças e no aumento da capacidade laboral da população – são exemplos de ações nesta direção (PAIM, 2006; SOUZA 2014a, CHASLES, 2016).

Nos EUA, o processo de industrialização associado a epidemias surgidas no final do século XIX, também conduziu seus administradores nacionais à criação de um Departamento Nacional de Saúde responsável por cuidar da Saúde Pública, nos mesmos moldes dos interesses europeus (SOUZA, 2014b; SOUZA et al, 2018). Já, no início do século XX, em 1920, com os conhecimentos relativos à bacteriologia, Charles-Edward Amory Winslow, então presidente do Departamento, escreveu uma definição de Saúde Pública que ajudou a moldar a disciplina internacionalmente e, ainda hoje, é citada como padrão ao mesmo tempo em que é reforçada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (KEMPRER, 2015).

Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante esforço organizado da comunidade, abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (WINSLOW, 1920, tradução nossa).

A partir desta definição, Paim e Almeida Filho (2014) apontam para a estreita ligação da área com o controle e a prevenção de doenças. Segundo eles, assim como para Souza et al. (2018), a Saúde Pública se desenvolveu a partir da necessidade de sanar epidemias e demais doenças que afligiam as populações ao redor do mundo. Scliar (2002) afirma que a saúde pública, foi definida como a medicina do corpo social, a qual se propunha a tratar diferentes doenças em diversas pessoas. Destaca-se que a Saúde Pública, portanto, desde sua origem,

ocupou-se da doença em lugar da saúde. No entanto, nas últimas décadas, houve um deslocamento deste entendimento e, hoje em dia, a Saúde Pública, especialmente quando se trata de discussões globais, intenta prevenir, informar, garantir a diminuição da doença, buscar a cura e ampliar os níveis de saúde, conforme será tratado mais a frente (RIBEIRO, 2003; WELLS et al., 2017).

No Brasil, de acordo com Escorel e Teixeira (2012), as primeiras ações de Saúde Pública datam do período do final do Império, em torno de 1822, e retratam o momento da formulação de estratégias governamentais direcionadas à saúde, mas ainda restritas aos principais aglomerados urbanos e a algumas doenças que causavam repercussões econômicas. De acordo com Carvalho (2013), a história dos cuidados com a saúde dos brasileiros passou pela filantropia e pela caridade religiosa, já que no final do século XIX e no início do século XX, o Estado realizava algumas ações de combate a epidemias, investia no saneamento básico do Rio de Janeiro e desenvolvia campanhas de vacinação, apenas.

Além disso, à época, se direcionavam atenções a práticas salutares que, em muitos casos, associavam uma dada concepção de ciência a rituais diversos, como era o caso do magnetismo animal e das casas de banho que o promoviam no Brasil. A ideia, desenvolvida na França, pressupunha a existência de um fluido universal, constituinte de todos os seres vivos que poderia ser “equilibrado”, por meio de banhos terapêuticos, a fim de curar as doenças daqueles que os procuravam. Mesmo comum, a prática gerava polêmicas sobre sua validade e, por isso, ocasionou discussões sobre o charlatanismo em saúde e oportunizou a emergência da ideia de placebo enquanto recurso terapêutico (LACERDA, 2018).

Muitos anos depois, conforme refere Bahia (2012), Oswaldo Cruz assumiu a Direção Geral de Saúde Pública, durante o mandato do Presidente Rodrigues Alves, ocorrido entre 1902 e 1906. O médico sanitarista tinha como missões a realização da reforma sanitária no Rio de Janeiro e o combate de doenças como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Outros sanitaristas importantes, como Adolfo Lutz, Emílio Ribas e Vital Brasil envolveram-se, previamente, com a organização de instituições de Saúde Pública, como o Instituto Soroterápico em São Paulo, atualmente Instituto Butantã (1900), e o Instituto Soroterápico Federal, hoje conhecido como Fundação Oswaldo Cruz (1901).

Na década de 1920, o Brasil já contava com 20% de sua população em centros urbanos, mesmo mantendo uma base econômica predominantemente agrária. Tal porcentagem de brasileiros passou a dar forma ao grupo de trabalhadores assalariados. Foram criadas, então, as Caixas de Assistência e Pensão (CAP) que originaram a previdência social no país. As CAP tinham como objetivo atender às necessidades – inclusive as de saúde – dos trabalhadores de

empresas ferroviárias, logo de início. Mais tarde, os cuidados foram estendidos aos portuários e a algumas categorias de industriários. As CAP operavam em regime de capitalização e beneficiavam apenas um pequeno número de contribuintes. Neste período, paralelamente, observava-se o crescimento da Medicina privada, consumida por sujeitos com maior poder aquisitivo. Para o restante da população brasileira, que não tinha direito às CAP nem acesso à Medicina privada, restavam os serviços prestados pelos hospitais filantrópicos (CRONEMBERGER, 2021; TEIXEIRA, 2015; GOMES, 2019; GATO, 2018; MACIEL, 2019).

Ao longo deste período, a área da saúde brasileira se caracterizou por uma estreita e tensa relação entre políticas públicas de saúde e o modelo econômico vigente, realçando a dicotomia entre ações de Saúde Pública e ações de assistência médica. As ações de saúde pública tinham uma abordagem coletiva e ambiental em relação à doença, contrapondo-se ao modelo clínico curativo-privatista, realizado pelas CAP e pela medicina privada. Este privilegiava uma abordagem individual e medicamentosa dos pacientes, além de negar ou desconsiderar as relações das doenças com as condições de vida das pessoas (AGUIAR, 2011; CRONEMBERGER, 2021; TEIXEIRA, 2015; GATO, 2018).

No início da década de 1930, com Getúlio Vargas na presidência da República, a institucionalização da Saúde Pública fez parte do seu conjunto de reformas. Neste período, a área sanitária e o setor educacional foram integrados em um mesmo Ministério, qual seja o Ministério da Educação e da Saúde Pública. Foram cancelados os CAP e se organizaram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), estruturados por categorias profissionais e financiados no âmbito das empresas, por empregadores e empregados. A assistência médica prestada aos trabalhadores destas categorias era essencialmente privada e ocorria em centros urbanos enquanto a assistência hospitalar continuava concentrada nas Santas Casas de Misericórdia e outras instituições religiosas ou filantrópicas. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde independente do Ministério da Educação. Os objetivos da política de saúde, naquele momento, eram o controle da tuberculose, das endemias rurais e a extensão dos serviços de saúde às populações do campo (BATICH, 2004; CRONEMBERGER, 2021; TEIXEIRA, 2015; DAUFENBACK, 2020).

Nos anos seguintes, durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960), o país contou com um período de crescimento industrial acelerado, deslocando, consideravelmente, a população do interior para os centros urbanos, gerando uma massa operária que deveria ser atendida pelos serviços de saúde disponíveis. De acordo com Hochman (2009), mesmo não sendo um aspecto central nas propostas de Kubitschek, sua campanha eleitoral de 1955

apresentou um plano de priorização das políticas de saúde que visava desfazer a imagem de um país marcado pelas endemias rurais, emergentes na década de 1920. Neste período, Brasília foi construída e contava com apoio financeiro estadunidense, todavia esta assistência era concedida apenas a países que tinham como meta a erradicação de doenças endêmicas e isso explica o direcionamento de atenção aos problemas de saúde vigentes (BAHIA, 2012).

Uma nova agenda de Saúde Pública foi implementada e, por meio dela, doenças crônico-degenerativas, como a lepra e o bócio endêmico, foram combatidas a partir das campanhas sanitárias que reforçavam a lógica preventivista, implementadas a partir de 1957. Em fevereiro de 1958, o governo brasileiro lançou a Campanha de Erradicação e Controle da Malária (CEM), coordenada por Mário Pinotti, médico sanitário, também responsável pelo Grupo de Trabalho de Controle e erradicação da Malária (GTEM). Pinotti também era o diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) que, em 1965, atingiu uma conversão e a quase extinção da doença (HOCHMAN, 2009; CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020).

Este período, do início do século XX até a década de 1960, foi chamado de período do Sanitarismo Campanhista, no qual a economia brasileira era marcada por um modelo agroexportador, com investimentos em saneamento e higienização nos espaços de circulação das mercadorias – e de seus compradores – e de controle de doenças para que as exportações não fossem prejudicadas. Foi um momento de forte relação com a prevenção de doenças para manter a força da economia por meio das exportações (ANDRADE, 2007; BORGES; BAPTISTA, 2021).

Esta foi uma tendência internacional, já que as tensões mundiais, criadas antes e após a Segunda Guerra Mundial – e reforçadas com a Guerra Fria – impulsionaram a criação de agências internacionais que se ocupavam do desenvolvimento e da regulação de ambientes urbanos em que ocorria circulação de mercadorias e de negociadores, assim como do controle de doenças para auxiliar na manutenção da paz em nível mundial, pois a disseminação de doenças causava conflitos diplomáticos. Estas contingências oportunizaram a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, como a principal agência internacional responsável pela saúde em nível global, sendo marcada por princípios de imparcialidade em suas atividades de controle e de prevenção de doenças, em parceria com instituições nacionais em diversas partes do mundo (SOUZA, 2014b, 2018).

Porém, ao longo do regime militar, entre os anos de 1964 e 1985, o governo ditatorial suprimiu os direitos políticos e civis da população brasileira para levar adiante um projeto de desenvolvimento econômico que articulava capital internacional, grande capital nacional e tecnoburocracia civil e militar. Desta maneira, a estrutura previdenciária, que até então era

baseada na gestão tripartite e corporativista (trabalhadores, empresas e governo) e de ordem democrática, foi alterada. Nesse período, os IAP foram substituídos, a partir de 1966, pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), com o intuito de unificar institutos de aposentadorias e pensões e de excluir a participação dos sindicatos de empregados (BAHIA, 2012; CARVALHO, 2020).

O INPS ficou marcado pela centralização administrativa e financeira e pela uniformização dos benefícios. Trabalhadores autônomos e empregados domésticos puderam se vincular à Previdência Social a partir de 1972, por meio de contribuições diretamente feitas ao INPS. O crescimento significativo das coberturas da previdência e do aumento da assistência à saúde resultou na privatização das ofertas de serviços e de planos privados de saúde para a população. Já no início dos anos de 1970, o INPS se tornou o principal comprador e estimulador da organização da prática médica orientada pelo lucro. Dentro deste cenário de saúde no Brasil, na segunda metade da década de 1970, ocorreu uma mobilização popular pela redemocratização do país. Os protagonistas desta mobilização eram sindicalistas, representantes de diferentes categorias profissionais, intelectuais e militantes opositores aos governos militares, lideranças estudantis e cidadãos que buscavam perspectivas diversas das que vinham vivendo (HOCHMAN, 2009).

Segundo Paim, (2014), neste período ocorreu a criação de duas instituições de grande força política que articulavam temas de Saúde Pública em prol de melhores condições de vida e da democracia: o Centro Brasileiro de Saúde Coletiva (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), constituídas em 1976 e 1979, respectivamente. A partir de então, reforçaram-se as possibilidades de desdobramento do movimento que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, baseado em uma nova perspectiva nacional de saúde – a Saúde Coletiva – que culminou na criação do Sistema Único de Saúde do Brasil.

## **2 A EMERGÊNCIA DA SAÚDE COLETIVA: UMA REDE TÍPICAMENTE BRASILEIRA**

A Saúde Coletiva é um modo de pensar e fazer saúde tipicamente brasileiro, visto que apenas no Brasil é reconhecida como tal. Em outros países, aquilo que se entende por Saúde Coletiva se encaixa no escopo da Saúde Pública contemporânea, já que tal área sofreu modificações que ampliaram suas preocupações para além do controle e prevenção de doenças. Contudo, é a sua relevância histórica e cultural, enquanto movimento político-democrático e o

seu perfil de inovação e enfrentamento frente aos modelos de saúde que outrora eram direcionados para a doença, que a fortalece e garante a sua relevância nos dias de hoje. Vale ser dito que agências globais como a OMS e núcleos de gestão e pesquisa internacionais a reconhecem como um campo da saúde localizado em dado espaço-tempo, porém relevante e validade globalmente.

Ela tem sua origem no projeto preventivista, na segunda metade da década de 1950, quando este começou a ser discutido com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O projeto preventivista iniciou no contexto das práticas de Saúde Pública e tinha como objetivo a prevenção das doenças ao invés de investimento em tratamento. Os trabalhadores dos serviços públicos de saúde intervinham, a partir dos dados epidemiológicos, para acorrer nas doenças transmissíveis mais frequentes, com o menor custo possível (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Arouca (2003) afirma que o conceito de Medicina Preventiva não se define apenas pela ausência de doenças, mas comporta diversos aspectos relevantes. Para ele, a Medicina Preventiva, como formação discursiva, emergiu em um campo formado por três vertentes, quais sejam: 1) a higiene, que faz o seu aparecimento no século passado, intimamente ligado ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; 2) a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 1930 e 1940, nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão de poder internacional; 3) na dinâmica da Grande Depressão, que configurou o aparecimento do Estado interventor e de uma redefinição das responsabilidades médicas, surgida no interior da educação médica. (AROUCA, 2003).

Porém, o discurso higienista estava impregnado por uma ideologia positivista, partindo do pressuposto de que os indivíduos pudessem igualmente cuidar de si mesmos, a partir de normas pré-estabelecidas sobre como fazê-lo. Nesta perspectiva, não se consideravam as diferenças de acesso ao conhecimento, nem a crise econômica nos Estados Unidos, nas décadas de 1930 e 1940, que resultou em amplas desigualdades sociais e econômicas no interior da população, evidenciando a impossibilidade de homogeneidade no cuidado em saúde (AROUCA, 2003; MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

Diante de tal situação, a saúde não foi mais entendida somente como a ausência de doenças, tornando-se um conceito mais amplo, que envolve fatores diversificados que surgem a partir de levantamentos epidemiológicos, estatísticos e de novos cenários políticos, sociais e econômicos. Esta lógica que Arouca (2003) narra sobre os acontecimentos nos Estados Unidos não demorou a se espalhar pela América Latina e, assim, passou a consolidar-se a ideia de

Medicina Preventiva e, neste momento, também, social, que se mostrava mais preocupada com as condições sociais que envolviam as populações das quais se ocupava.

No Brasil, foram criados departamentos de Medicina Preventiva e Social nas escolas médicas. Portanto, elas passaram a oferecer disciplinas que ampliavam a abordagem clínica, como Epidemiologia, Ciências da Conduta, Bioestatística e Administração de Serviços de Saúde. Assim, se constituiu a preocupação com a perspectiva biopsicossocial dos indivíduos, tendo extensões pedagógicas para além dos hospitais, em trabalhos comunitários (SOUZA, 2014a). Segundo Campos et al. (2017), esse movimento alternativo na Saúde – a Medicina Social – teve relação com o Pós-Segunda Guerra Mundial, período em que se iniciava o desenvolvimento dos países, então, conhecidos como de Terceiro Mundo. Esse momento histórico foi marcado pela intensidade da ampliação estatal, com o aumento da produtividade pela força de trabalho em um projeto desenvolvimentista. Conforme Souto e Oliveira (2016) ocorreram movimentos que oportunizam uma experiência contrária às reformas de cunho neoliberal, tendo em vista um projeto de desenvolvimento inclusivo para o Brasil.

Assim, a definição de Medicina Social emergiu a partir de dois movimentos: 1) o de modificação da Medicina, por meio das mudanças ocorridas no interior das sociedades; 2) de redefinição de quadros teóricos no interior da própria Medicina, ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tentou definir um objeto de estudos nas relações entre o biológico e o psicossocial. (AROUCA, 2003).

A partir disto, existiam duas formações discursivas em confronto. Por um lado, a Medicina Preventiva, como uma prática ideológica ligada a grupos hegemônicos da sociedade e que, à época, não se estabeleceu por tentar articular a prática da Medicina a fatores econômicos. Por outro, a Medicina Social que buscava romper com uma postura ideológica financeira, pois reconhecia o país como uma sociedade de classes sociais diferentes, com necessidades diversas e, assim, propunha a produção de conhecimentos para uma prática transformadora.

Foi em meio a este embate que, em meados da década de 1970, a Saúde Coletiva iniciou sua estruturação formal, tanto na formação de recursos humanos, quanto nos avanços das Ciências Sociais e no fomento ao desenvolvimento tecnológico e de inovação. No plano internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) assumiu que a Medicina Social tinha como objeto de análise as práticas e conhecimentos de saúde relacionados à sociedade. Outro marco importante foi a criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social, no Rio de Janeiro, em 1974 (NUNES, 2017; PAIM, 2007).

Esta fase caracterizou-se por inúmeras pesquisas sociais e epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde associadas à importante construção teórico-conceitual, promovendo uma discussão de propostas alternativas às já existentes. Conforme Paim e Almeida Filho (2000) a Saúde Coletiva foi um campo da saúde que surgiu, no Brasil, a partir de uma Saúde Pública em crise. Esta crise esteve presente em diversos países, concomitantemente às reformas econômicas, administrativas e políticas realizadas com o objetivo de assegurar algum espaço nas novas configurações dos mercados mundiais. Os autores apontam para as diferentes diretrizes das reformas sanitárias que aconteceram nos países da América Latina e afirmam que a política e a economia foram decisivas nas alterações sobre a organização das práticas de saúde.

De fato, o marco conceitual da Saúde Coletiva, tal como foi construído a partir da década de 1970, resulta da crítica aos diferentes movimentos e projetos da reforma em saúde ocorridos nos países capitalistas e da elaboração teórico-epistemológica e da produção científica, articuladas às práticas sociais. Neste contexto de diálogos da Saúde Pública com a Medicina Social, a Saúde Coletiva contribuiu com os estudos do fenômeno saúde/doença nas populações do Brasil. Assim, investigou a produção e a disseminação das doenças e as consequências que esses processos produziam e representavam na sociedade, analisando as práticas de saúde na educação em saúde e nos processos de trabalho e suas articulações com as práticas sociais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

De acordo com Nunes (2012) a Saúde Coletiva é um campo científico que produz saberes e conhecimentos que são aprendidos, mas também produzidos e colocados em prática por meio da Educação em Saúde e se realiza por meio de muitas mãos de trabalhadores em Saúde. Tais trabalhadores estão inseridos em um contexto de rede, onde não se trabalha individualmente, porém se considera o fazer individual pela sua enorme importância, visto que compõe um produto que é a saúde de todos. Assim, discussões acerca de diferentes maneiras de entender a saúde – a da epidemiologia e a das ciências sociais, por exemplo – compuseram, e ainda compõem a Saúde Coletiva. A ideia de se compreender o ser humano, em suas múltiplas dimensões, destaca que diferentes áreas, no contexto da saúde, não podem ser consideradas concorrentes, mas, por outro lado, complementares.

São amplamente conhecidas, na Saúde Coletiva as contribuições trazidas por epistemólogos, filósofos e cientistas sociais: Bachelard (1894-1962) com o conceito de “ruptura epistemológica” (senso comum e as ciências); Canguilhem (1904-1995), que, na expressiva síntese de Elizabeth Roudinesco, faz “o encontro inicial entre uma filosofia do conceito e uma filosofia do engajamento”; Foucault (1926-1984) e os limiares da formação discursiva (positividade, epistemologização, cientificidade, formalização); Giddens (1938), que enriqueceu a teoria social elaborando ou

repensando conceitos como: estruturação, modernidade, subjetividade e reflexividade (NUNES, 2019, p. 1).

Neste contexto, portanto, é interessante pensar o coletivo por meio de uma estrutura de rede. Nesta rede, os encontros de diferentes saberes e sujeitos formam os nós de sustentação, como intersecções entre os componentes dela. Nesta trama, descentralizada, todos os nós são importantes, pois todos são detentores de saberes e talentos a serem colocados em ação nos momentos oportunos, com intensidades que adquirem tons com inúmeras afinações, de acordo com a temática tratada. Como afirma Rocha (2015), é importante pensar que a potência das redes está em suas capacidades de facilitar a circulação e a troca de informações, o aprendizado coletivo por meio do compartilhamento e da colaboração em ações e experiências e na ampliação do poder de decisão que está pulverizado entre os vários nós da trama.

Essa ideia da ampliação do poder decisório, por meio de diversos saberes e sujeitos, típica da Saúde Coletiva, oportuniza pensar sobre como esse poder circula na trama, entre os nós e nas intensidades diversas com que são colocados em prática. Nesse sentido, Santos e Andrade (2013) assinalam:

Na organização de uma rede, todos devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaços para poderes centralizados, imposições, desníveis de mando. Todos devem, juntos, construir condições para operar serviços, sistemas, organizações. Na realidade, na rede, na medida em que seus componentes abrem mão de determinados poderes isolados, insuficientes para, por si sós, garantir a efetividade dos direitos sociais, emerge uma nova capacidade de gestão e administração pública: aquela que se fundamenta no consenso, na negociação (p. 31).

102

Certamente, não se pode cair no entendimento raso de que este seja um exercício fácil, pois quando se fala em consenso e negociação, fala-se sobre embates e jogos de forças que são compostos por saberes e fazeres diversos. Assim, para se chegar a um fim, necessita-se que os componentes da rede colaborem e atuem conjuntamente. Os movimentos não são fluídos e cadenciados, mas a fluidez e a cadência na produção em saúde só podem ser atingidas por meio do ensaio, ou seja, do exercício das práticas nas diferentes oportunidades do cotidiano do trabalho e da vida.

Neste sentido, as práticas no campo da saúde são exercidas por diversos atores sociais, sendo estes os componentes dos inúmeros setores e segmentos públicos e privados que, inter-relacionados, produzem saúde e são produzidos por ela: trabalhadores e usuários em saúde, instâncias diversas da população, profissionais, intelectuais, docentes em saúde. Enfim, são considerados atores sociais todos que se envolvem com as questões de saúde e qualidade de vida. Não somente o Estado, nem, tampouco, apenas o setor saúde são envolvidos, mas toda a população e demais setores (BUSS, 2000).

Desta maneira, caminha-se em direção à superação da lógica em que políticas públicas de saúde seriam iniciativas exclusivas do aparelho estatal ou de uma instância específica. No contexto da Saúde Coletiva, as ações em saúde devem ser sempre elaboradas e pactuadas em fóruns participativos, populares, em que participam diversos atores sociais que representam múltiplos interesses e necessidades, bem como, múltiplas áreas de conhecimento. Porém, tal dinâmica não exime o Estado de seus compromissos e da participação efetiva, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro e da Constituição Federal. Este ainda é um desafio a ser praticado e fortalecido junto à sociedade e administradores brasileiros.

### **3 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

No final dos anos de 1970, quase no fim do período que marcou o regime militar brasileiro, o país estava imerso em uma crise marcada por alta inflação e forte recessão econômica. Paralelamente, ocorria o fortalecimento dos sindicatos de diversas categorias profissionais e da oposição política, que construía um projeto de reforma sanitária por meio do qual se vislumbrava a criação de um sistema público de saúde que mirasse suas ações na promoção da saúde, de forma abrangente. Isso se tornava necessário dado que, durante o regime militar, o sistema de saúde brasileiro foi marcado pela assistência médica-curativa, vinculada ao setor privado com altos custos e de difícil acesso para a população.

Este projeto era defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, composto por lideranças populares, trabalhadores, sindicalistas, parlamentares de esquerda, sindicatos, intelectuais e estudantes da área da Saúde e, ainda, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). O Cebes foi criado em julho de 1976 e, por meio da revista ‘Saúde em Debate’, mantinha um espaço de divulgação dos problemas de saúde brasileiros e de críticas e propostas para reformas do sistema de saúde. Já a Abrasco, fundamentou-se em 1979, atuando na formação de profissionais com ênfase na Saúde Coletiva e na articulação com a sociedade organizada e com o poder público, para a reorganização das políticas públicas de saúde. Estas instituições tiveram papel fundamental na politização, divulgação de conhecimentos, críticas e experiências inovadoras na área da saúde, além de propostas de articulação da sociedade para as mudanças na esfera sanitária. Assim, fortaleceu-se a proposta do MRSB ao longo dos anos de 1970 e 1980 (AGUIAR, 2011).

A partir de 1980, iniciou-se um estágio conhecido como “político-ideológico” por ser marcado pela disseminação de propostas de sentido sociopolítico que marcaram o MRSB. As propostas ocorriam em eventos de destaque como a VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde, de 1980 e 1986. Ambas aconteceram em Brasília e tinham como temas centrais: Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos; Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. As propostas que surgiram a partir destes encontros se deram no sentido de agregar as forças sociopolíticas para a sustentação do sistema de saúde (NUNES, 2012, p. 23).

A VIII Conferência contou com cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes e 135 grupos de trabalho. Seus objetivos miravam na formulação de um novo sistema de saúde e de bases legais para a organização de uma nova Constituição Federal (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE [CNS], 2021). Segundo Arouca (1998) não resta dúvidas de que o marco do movimento foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1998). Deste modo, pode ser entendido que o Movimento nasceu na luta contra a ditadura militar e tinha um cunho político marcado na Saúde e na Democracia. O MRSB e a noção de Saúde Coletiva se desenvolveram conjuntamente, de modo articulado e potente, visto que ocasionaram transformações que afetam o fazer em saúde, para além de 30 anos depois de suas emergências.

Partindo de tais questões, é importante entender que o processo de reforma setorial da saúde foi composto por quatro grandes acontecimentos. O primeiro foi a criação dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS), que propunham a descentralização das decisões políticas, a superação da dicotomia entre ações curativas e preventivas, a regionalização e a hierarquização da rede de saúde, o melhor desempenho do setor público e controle do setor privado, a resolutividade, a integralidade e a universalização do atendimento (JUNQUEIRA, 1990, MACHADO 2017). Privilegiava-se o planejamento ascendente, iniciado nos Municípios, passando pelos Estados e seus respectivos sistemas de saúde, chegando à União, que é a responsável pela política nacional de saúde, conforme acontece até os dias de hoje.

O segundo acontecimento, conforme já mencionado, foi a Constituição Federal de 1988, período no qual se concluiu o processo constituinte e a promulgação da oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. O artigo 196 da Constituição refere que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal

e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1991, p. s/n).

Com este artigo definiu-se o princípio da Universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. Este é o princípio que garante o acesso à saúde para todos os cidadãos brasileiros ou estrangeiros que estejam em território nacional. Garante-se, portanto, assistência de caráter indiscriminado, acolhendo a todos sem distinção de sexo, ocupação, características sociais ou credo.

O terceiro marco da reforma se deu com a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. A 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. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado. (BRASIL, 1990a). A 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 de saúde, entre outras providências. Esta instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990b). O quarto e último momento importante da reforma setorial foi o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação entre federações (BRASIL, 2011).

Tais dinâmicas firmaram os demais princípios do SUS, quais sejam, a Integralidade e a Equidade. A Integralidade corresponde ao fim da dicotomia entre as ações preventivas e as curativas, pois os atendimentos devem oferecer atenção indiscriminada aos usuários, desconstruindo-se o modelo de atendimento direcionado para doenças e urgências. Os usuários passaram a serem vistos e atendidos a partir da diversidade e das suas especificidades individuais. A Equidade determina que o sistema de saúde opere de modos diferentes para diferentes usuários a fim de diminuir as desigualdades sociais. Na perspectiva da Saúde Coletiva, a superação de desigualdades em saúde está intimamente associada à formulação de políticas públicas equânimes que consideram e modifiquem outras dimensões da vida.

A partir da Constituição Federal, ainda, no que tange à organização do SUS, orienta-se a constituição de redes regionalizadas e hierarquizadas. A partir do Decreto nº 7508/ 2011 instituiu-se a delimitação de territórios – em cada Estado do Brasil – que passaram a ser organizados por regiões da saúde. Em cada uma das regiões o gestor estadual de saúde deve estar em articulação com os gestores municipais para definir a gestão regional. O Decreto cita

como conteúdo mínimo de cada região a Atenção Primária (postos de saúde e ESF), Urgência e Emergência (ambulâncias da SAMU), Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar (serviços de saúde específicos, restritos às pessoas com necessidade de atendimento por especialistas) e Vigilância em Saúde. Todas estas instâncias são consideradas portas de entrada do SUS, ou seja, locais de atendimentos iniciais (BRASIL, 2011).

A hierarquização das Ações e Serviços de Saúde deve se dar em níveis de complexidade crescentes, garantindo o acesso universal aos usuários de saúde. No primeiro acesso, deve ser realizada a avaliação de risco e o critério cronológico de espera para o adequado atendimento. Os atendimentos de baixa complexidade, normalmente ocorrem através da Atenção Primária, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégias de Saúde da Família (ESF) que possuem uma estrutura física mais simples e pouca maquinaria, porém contam com as Equipes de Saúde da Família que acompanham pacientes por meio de atendimentos domiciliares, com um trabalho fortemente focado em ações de promoção à saúde e prevenção de riscos. Os atendimentos de Média Complexidade e de Alta Complexidade são realizados em ambulatórios e hospitais, com maior estrutura física e de maquinário. Os problemas de saúde atendidos nestes níveis de complexidade demandam a intervenção de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento dos pacientes (CONASS, 2007).

De modo mais direto, portanto, a Atenção Primária é oferecida no âmbito dos territórios de Saúde, organizados a partir de um dado número de usuários e geralmente localizados na delimitação de bairros, não necessariamente limitados a eles. As Equipes de Saúde da Família, localizadas nas Estratégias de Saúde da Família, atendem os usuários e demarcam os territórios a serem atendidos, de acordo com o número de pessoas que vivem neles, no intuito de promoverem ações eficazes de promoção da saúde e prevenção de doenças. Quando há necessidade de atendimentos de Média e Alta Complexidade – mais complexos clinicamente – os usuários são encaminhados a outros pontos de atendimento, podendo, se necessário, se deslocarem por outros municípios das Regiões de Saúde ou, até mesmo, por outras Regiões. As Regiões de Saúde são formadas por aglomerados de municípios que garantem a atenção, os cuidados e estruturas de atendimento necessárias, em parceria, para os sujeitos que compõem a população.

É a partir dessa responsabilização compartilhada, entre usuários e sistema, que os princípios do SUS podem ser contemplados. A ideia de responsabilização emerge a partir da lógica de que, tanto os usuários quanto o sistema de saúde, devem estar cientes de seus direitos e deveres no que se refere à saúde pública. Esta lógica se associa à ideia de redes, comum nos

discursos da Saúde Coletiva, conforme discutido anteriormente. Portanto, é necessário ser entendido que o Sistema Único de Saúde - SUS, por estar associado aos princípios da Saúde Coletiva, é uma grande rede de atendimento, brasileira, composta por conhecimentos diversos, por profissionais, por usuários e por parcelas espaciais distintas.

#### **4 ENCERRAMENTO**

Este ensaio teórico apresentou questões relacionadas à Saúde Brasileira, mais precisamente, à Saúde Pública, à Saúde Coletiva, ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e ao Sistema Único de Saúde. Entende-se que é relevante que sejam descritos e debatidos os aspectos históricos e conceituais acerca dos temas mencionados, visto que as políticas públicas de saúde nacionais foram criadas e organizadas por meio de importantes acontecimentos ligados à democracia e ao cuidado em saúde e, ainda, são operacionalizadas, contemporaneamente, através do Sistema de Saúde.

Acredita-se que o domínio de tais saberes auxilie os processos de formação e cidadania de sujeitos ligados ao campo da Saúde, da mesma maneira que pode atingir leitores de outras áreas em prol do fortalecimento dos índices de saúde nacionais. Deixa-se, portanto, o convite para que a estrutura e o funcionamento do SUS, desde suas fundações, sejam compreendidos como um direito da população brasileira e não como um conjunto de ações assistencialistas. Afinal, conforme apresentado, a saúde dos brasileiros se constitui em rede, tendo na participação, colaboração e valorização de cada nó, a sua principal fortaleza.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde—antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ANDRADE, L. O. M. de. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2ª ed. rev. ampl./ ANDRADE, L. O. M. de, BARRETO, I. C. de H. C. São Paulo: Hucitec, 2007.

AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BAHIA, L. A política de saúde no Brasil. IN: ROCHA, J. S. Y. Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva [online]. 2004, v. 18, n. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/FW6BPGx3MvRhB4zGD7cnBxD/?lang=pt#>. Acesso: 14 jul. 2021.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. Leituras sobre o sanitarismo desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. História, Ciências, Saúde—Manguinhos. v. 28, n. 1, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/BSSprKy6ryYdXrGxyfpRxPC/#>. Acesso: 15 jul. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1998.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do SUS, Brasília, 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso 19 jul. 2021.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS, Brasília, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso 19 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf). Acesso 19 jul. 2021.

BRASIL. Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do SUS. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso: 19 jul. 2021.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/?lang=pt#>. Acesso: 15 jul. 2021.

CAMPOS, G.W. S. [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, São Paulo, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002). Acesso: 19 jul. 2021.

CARVALHO, K. A. Povo desenvolvido é povo limpo: Propaganda e saúde no Brasil nos “anos de chumbo”. *Locus: Revista de História*, v. 26, n. 2, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/locus/article/view/30287>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CARVALHO, L. R. O.; RODRIGUES, H. S. M. C.; ROSA, C. D. P. Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. **Revista Educação em Saúde**, v. 8, 2020. Disponível em <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4141>. Acesso: 15 jul. 2021.

CHASLES, V. Saúde urbana e higienismo, o exemplo da França. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 64, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rieb/a/FdMsXrkmFc6y37tcdKGTgXv/abstract/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso: 16 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma, 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso: 19 jul. 2021.

CRONEMBERGER, I. H. G. M.; TEIXEIRA, S. M. O sistema de proteção social brasileiro, política de assistência social e a atenção à família. **Pensando Famílias**, v. 19, n. 2, 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2015000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso: 15 jul. 2021.

DAUFENBACK, V.; JESUS, J. G. L.; MACHADO, L.; BÓGUS, C. M.; MARQUES, M. C. da C. Desigualdade no acesso à terra e insegurança alimentar e nutricional: um olhar sobre os marcos políticos, legais e institucionais da segunda metade do Império até o primeiro governo de Getúlio Vargas (1850-1945). **Revista Ingesta**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistaingesta/article/view/168132>. Acesso: 15 jul. 2021.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde na Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GATO, A. P. Saúde no Estado Novo: Uma visão corporativa. *O Referencial*, n. 130, 2018.

GOMES, A. P. A.; MACIEL, E. M. G. O eclipse da interseção entre público e privado: o financiamento público do subsetor privado de saúde à luz da Constituição Federal. *Saúde em Debate* v. 43, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PxGhZGDFHq9pLD6Ch3Hfr/?format=html#>. Acesso: 15 jul. 2021.

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tzNTpBKqTq9hdHZCs7zYqRn/?lang=pt>. Acesso: 19 jul. 2021.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v. 6, n. 3, 1990. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300002). Acesso: 15 jul. 2021.

KEMPER, S. C-E.A. Winslow, who launched public health at Yale a century ago, still influential today. Yale News, June 2, 2015. Disponível em: <https://news.yale.edu/2015/06/02/public-health-giant-c-ea-winslow-who-launched-public-health-yale-century-ago-still-influe>. Acesso: 16 jul. 2021.

KIRST, C. Relatos de uma viagem pela Política Nacional de Humanização: problematizações acerca da educação e produção de trabalhadores da Saúde. Dissertação de Mestrado em Educação pela Unisc, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1749>. Acesso: 19 jul. 2021.

LACERDA, D. C. O. Saberes ocultos no brasil império: a arte da cura pelo magnetismo animal e a busca pela legitimidade. História e Cultura, v. 8, p. 12, 2018. Disponível em: <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/historiaecultura/article/view/2681>. Acesso: 16 jul. 2021.

LIMA, F. A.; LIMA, S. C. Construindo cidades saudáveis: a instrumentalização de políticas públicas intersetoriais de saúde a partir do Planejamento Estratégico Situacional. Saúde e Sociedade [online]. v. 29, n. 2 2020, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vynCpF4tHC9V7Z3KkTqLMkJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 15 jul. 2021.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, n. 7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8NQTMCHr4B9pg33HS5gw49H/?lang=pt#>. Acesso: 12 jul. 2021.

MORLEY, I. City Chaos, Contagion, Chadwick, and Social Justice. **The Yale Journal of Biology and Medicine**, n. 80, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2140185/> Acesso: 12 jul. 2021.

MOTA, A., SCHRAIBER, L. B., AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 22, n. 65, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KGj57q566JST59dYX9VtcMq/abstract/?lang=pt#>. Acesso: 16 jul. 2021.

NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5yVSGxKYSdPmXqJDgdrJgw/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso: 16 jul. 2021.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2017.

NUNES, E. D. Fronteiras do Conhecimento e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n9/3179-3182/pt/#ModalArticles>. Acesso: 16 jul. 2021.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B.. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*. v. 24, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso: 15 jul. 2021.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A crise na Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAIM, J. S. Movimentos no campo social da saúde. *In: Desafios para a saúde coletiva no século XXI* [online]. Salvador: EDUFBA, 2006. ISBN 978-85-232-1177-6. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/ptky6/pdf/paim-9788523211776-06.pdf>. Acesso: 12 jul. 2021.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RIBEIRO, R. J. Novas fronteiras entre natureza e cultura. *In: NOVAES, A. O homem máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SCLIAR, M. História, Política e Revoltas. Porto Alegre: Scipione, 2002.

ROCHA, C. M. F.. As Redes em Saúde: limites e possibilidades. Washington, DC, 09 de agosto de 2005. Disponível em: [www.enp.fiocruz.br/observarh/arquivos/trabalho\\_redes1.pdf](http://www.enp.fiocruz.br/observarh/arquivos/trabalho_redes1.pdf). Acesso: 19 jul. 2021.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes no SUS: marco legal. *In: SILVA, S. F. (org.). Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*, Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/?lang=pt#> Acesso: 16 jul. 2021.

SOUZA, C. D.; WEBER, D. L.; FARIA, M. A.; ROCHA, C. M. F. Cooperação e contrapartida nas ações da OMS: notas sobre a geopolítica da saúde global. *Revista Geografares*, v. 27, p. 158-172, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/geografares/article/view/21484>. Acesso: 15 jul. 2021.

SOUZA, C. D. Educação, Geografia e Saúde: geobiopolítica nos discursos da Organização Mundial da Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças. Tese de doutorado em Educação pela UFRGS, 2014. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/95666/000918489.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso: 19 jul. 2021.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? **Revista Espaço para a Saúde**, n. 15, v. 4, 2014a. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5414955/mod\\_resource/content/1/aula%201%20saude\\_publica\\_4.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5414955/mod_resource/content/1/aula%201%20saude_publica_4.pdf). Acesso: 12 jul. 2021.

WELLS, J. C. K.; NESSE, R. M.; Sear R, JOHNSTONE, R. A., STEARNS, S. C. Evolutionary public health: introducing the concept. **Lancet**, n. 29, v. 390, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30572-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30572-X/fulltext). Acesso: 15 jul. 2021.

WINSLOW, C. E. A. The Untilled Fields of Public Health, **Science**, n. 51, v. 1306, 1920. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/51/1306/23>. Acesso: 15 jul. 2021.