


CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO DO CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.716152518063>

Data de aceite: 26/06/2025

Juliana Pontes Soares

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Roraima

Maria Luíza Santos Silva

Graduanda em Nutrição
Universidade Federal de Campina Grande

Alexandre Ferreira do Nascimento

Mestre em Engenharia Agrícola – Água e Solo
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Alessandra Rebeca Pereira Ramos

Graduanda de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ FACISA

Rayza Régia Medeiros dos Santos de Oliveira

Enfermeira e Especialista em Oncologia e Obstetrícia
SESAP- RN

Beatriz Távina Viana Cabral

Mestre em Enfermagem
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Maria Ravanielly Batista de Macedo

Graduanda de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ FACISA

Aline Fernandes de Araújo

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Maria Letícia da Silva Simão

Graduanda de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ FACISA

Janmilli da Costa Dantas Santiago

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ FACISA

RESUMO: O campo da Saúde Coletiva no Brasil tem experimentado um crescimento significativo nas últimas quatro décadas, impulsionado, em grande parte, pela colaboração ativa da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). No final dos anos 1970, a Saúde Coletiva estava em processo de institucionalização no país, mesmo com a presença de diversas

perspectivas teóricas e políticas. Os Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, popularmente conhecidos como “Abrascões”, têm como propósito primordial reunir a comunidade científica e acadêmica, bem como outros atores sociais, para debater temas cruciais no campo da saúde. O presente estudo visa oferecer uma visão geral dos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva realizados nas últimas duas décadas. A primeira edição do Abrascão ocorreu em 1986, no Rio de Janeiro. As edições seguintes foram realizadas em São Paulo (1989), Porto Alegre (1992), em conjunto com o 1º Encontro de Saúde Coletiva do Cone-Sul, Olinda (1994) e Águas de Lindoia (1997). Devido à disponibilidade de informações mais detalhadas, este estudo se aprofundará nas edições da 6ª à 13ª. A capacidade de articular ciência e política, teoria e prática, demonstra a maturidade do campo da saúde coletiva em contribuir ativamente para os desafios sanitários e sociais do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Coletiva; Saúde Pública; Políticas Públicas; Saúde.

HISTORICAL AND POLITICAL CONTEXT OF THE BRAZILIAN CONGRESS OF PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: The field of Collective Health in Brazil has experienced significant growth over the past four decades, driven largely by the active collaboration of the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco). In the late 1970s, Collective Health was in the process of institutionalization in the country, despite the presence of diverse theoretical and political perspectives. The Brazilian Congresses of Collective Health, popularly known as “Abrascões”, have as their primary purpose to bring together the scientific and academic community, as well as other social actors, to discuss crucial issues in the field of health. This study aims to provide an overview of the Brazilian Congresses of Collective Health held over the past two decades. The first edition of Abrascão took place in 1986, in Rio de Janeiro. The following editions were held in São Paulo (1989), Porto Alegre (1992), in conjunction with the 1st Meeting of Collective Health of the Southern Cone, Olinda (1994) and Águas de Lindoia (1997). Due to the availability of more detailed information, this study will be further explored in the 6th to 13th editions. The ability to articulate science and policy, theory and practice, demonstrates the maturity of the field of Collective health in actively contributing to Brazil’s health and social challenges.

KEYWORDS: Collective Health; Public Health; Public Policies; Health.

INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva é um conceito originado no Brasil que representa um avanço na forma como a saúde é debatida. Ela busca transcender as antigas divisões do campo da saúde, promovendo uma análise mais abrangente. Conforme Lima e Santana (2006), a Saúde Coletiva se caracteriza por sua abordagem interdisciplinar e por fomentar o debate político em torno de temas cruciais como a universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, a subjetividade. Paim (2006) complementa essa perspectiva, descrevendo a Saúde Coletiva como um movimento ideológico que culminou no desenvolvimento de um campo científico robusto.

O campo da Saúde Coletiva no Brasil tem experimentado um crescimento significativo nas últimas quatro décadas, impulsionado, em grande parte, pela colaboração ativa da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). No final dos anos 1970, a Saúde Coletiva estava em processo de institucionalização no país, mesmo com a presença de diversas perspectivas teóricas e políticas.

Nesse período, a base acadêmica da Saúde Coletiva também começava a se consolidar, evidenciada pela existência de cursos de pós-graduação em importantes instituições. Dentre elas, destacam-se a Universidade de São Paulo (nos campi de Ribeirão Preto e São Paulo), o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A fundação da Abrasco em 1979 ocorreu em um momento crucial para o Brasil, marcado pelo processo de redemocratização, pela reforma sanitária e pela consequente consolidação da Saúde Coletiva (Lima; Santana, 2006).

Segundo Lima (2015), a Abrasco exerce, junto a outros parceiros, um papel de destaque na “produção de orientações e na articulação de ideias, propostas e políticas no campo da saúde pública nacional e também latino-americana”, moldando suas ações pautada nos direitos sociais, na justiça e na democracia. Como parte de seu conjunto de ações, a Abrasco promove eventos científicos, dos quais o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o “Abrascão” é um dos destaques.

Os Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, popularmente conhecidos como “Abrascões”, têm como propósito primordial reunir a comunidade científica e acadêmica, bem como outros atores sociais, para debater temas cruciais no campo da saúde. Como destacado pela OPAS (2003), esses congressos representam um importante espaço para a produção e disseminação de conhecimento em saúde.

Belisário (2006) observa que a seleção do tema central dos congressos da Abrasco demonstra a preocupação em discutir “temas referenciados em conjunturas mais ampliadas da vida societal, a amplitude das parcerias estabelecidas em âmbito nacional e internacional, bem como a diversidade de documentos”.

Com base nessa perspectiva, o presente estudo visa oferecer uma visão geral dos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva realizados nas últimas duas décadas. Nosso foco será refletir sobre o evento em si, os debates e temas que o permearam, e o contexto político de cada edição. Essa abordagem se justifica, pois, como argumentam Lima e Santana (2006), “ciência e política aparecem como as bases da constituição da saúde como área de conhecimento e de prática social no Brasil”.

A primeira edição do Abrascão ocorreu em 1986, no Rio de Janeiro. As edições seguintes foram realizadas em São Paulo (1989), Porto Alegre (1992), em conjunto com o 1º Encontro de Saúde Coletiva do Cone-Sul, Olinda (1994) e Águas de Lindoia (1997).

Devido à disponibilidade de informações mais detalhadas, este estudo se aprofundará nas edições da 6ª à 13ª.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA: DA 6ª À 13ª EDIÇÃO

6º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

Em 2000, Salvador/BA sediou o 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que teve como tema central “O sujeito na Saúde Coletiva”. Este evento, que também celebrava os 20 anos da Abrasco, buscou aprofundar a compreensão das relações indivíduo-coletividade, além de debater as condições e determinantes da saúde no Brasil naquele período de transição para o novo milênio (Belisário, 2006).

No plano político, o Brasil vivenciava o segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (PSDB). Este governo, de orientação neoliberal, mantinha as estratégias iniciadas em 1994, caracterizadas pela privatização de empresas estatais, abertura comercial e financeira, adesão às regras internacionais de comércio e redução da Administração Federal.

Em relação às políticas de trabalho e sociais, o salário mínimo teve um aumento discreto, mas sua participação no PIB nacional diminuiu. Por outro lado, programas de enfrentamento à pobreza avançaram, com a criação de programas de transferência de renda. A educação fundamental passou por um processo de descentralização e expansão, enquanto o financiamento federal para instituições públicas de ensino superior foi restrito, incentivando a expansão da rede privada (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Apesar de a expectativa de vida ter aumentado em 3,8 anos desde 1990, o ano 2000 ainda apresentava indicadores preocupantes, como a mortalidade infantil de 27,4%, uma taxa de analfabetismo de 13,6% e uma taxa de pobreza de 34% (Paim et al., 2011).

No âmbito da saúde, o ministro José Serra estava em seu terceiro ano à frente da pasta, contando com o apoio de economistas e sanitaristas alinhados ao governo. As políticas de saúde tradicionais continuaram, com destaque para a expansão do Programa Saúde da Família e a proliferação, fragmentação e descentralização de programas de assistência farmacêutica.

Em 1999, um ano antes do congresso, foram promulgadas a Lei 9.787/99 (Lei dos Genéricos), que regulamenta a vigilância sanitária e estabelece o medicamento genérico, e foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Em 2000, destacam-se a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a criação do Departamento de Atenção Básica e a Emenda Constitucional 29/2000, que trata do financiamento da saúde pelas três esferas de governo (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Em meio a esse cenário, a produção científica no campo da Saúde Coletiva demonstrou um avanço. Um estudo bibliométrico de Carvalho et al. (2007) em periódicos

importantes como os Cadernos de Saúde Coletiva e a Revista de Saúde Pública, revelou que, em 2000, o número de artigos publicados foi o maior em relação aos cinco anos anteriores. A análise por subáreas temáticas indicou que, em 2000, nos Cadernos, 43,5% dos artigos eram de Epidemiologia, 20,3% de Planejamento e Políticas de Saúde, 8,7% das Ciências Sociais em Saúde e 20,7% de outras subáreas. Na Revista de Saúde Pública, 53,2% das publicações eram de Epidemiologia, 10,6% de Planejamento e Políticas de Saúde, 4,3% das Ciências Sociais em Saúde e 31,9% de outras subáreas.

Acompanhando o crescimento nas publicações, o 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva registrou uma participação recorde de cerca de cinco mil pessoas. O evento foi extenso, contando com 19 cursos, 16 oficinas, 46 mesas redondas e 9 grandes debates. As quatro grandes conferências abordaram o sujeito ético, histórico, social e saudável, enquanto os debates se concentraram em temas como transversalidade, transetorialidade, transformação, transição e transculturalidade. Houve uma maior participação de relatos de experiências de serviços na programação. O congresso também marcou o último pronunciamento público do Dr. David Capistrano da Conquista Filho, militante e um dos idealizadores do Sistema Único de Saúde, em sua palestra intitulada “Modelos de Atenção e Gestão em Saúde” (Belisário, 2006).

7º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

Entre 29 de julho e 2 de agosto de 2003, Brasília sediou o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Sob o tema “Saúde, Justiça e Cidadania”, a Abrasco propôs um debate aprofundado sobre desigualdades sociais e no acesso aos serviços de saúde, a determinação social dos processos saúde-doença, e a busca por uma atenção integral e resolutive no Sistema de Saúde (Abrasco, 2003).

O Brasil vivia um período de transição política. Após oito anos de governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso, assumia a presidência Luís Inácio Lula da Silva, líder sindicalista e figura central do Partido dos Trabalhadores. O início do governo Lula foi marcado por um cenário de baixo crescimento econômico, que se estendeu até o final de 2005, e por significativas desigualdades sociais. A ênfase inicial do governo foi na estabilidade econômica, o que implicou em restrições orçamentárias (Machado; Lima; Baptista, 2017).

As mudanças começaram com a criação de novos ministérios e secretarias nacionais, como as de Vigilância em Saúde, Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, e Gestão Participativa, evidenciando uma atenção a áreas estratégicas. O governo priorizou as políticas de combate à pobreza, destacando-se o programa Fome Zero, que mais tarde seria incorporado ao Bolsa Família. Houve também um foco nos grupos em vulnerabilidade social, com iniciativas para expandir os direitos da comunidade LGBT, indígenas, quilombolas e negros (Paim et al., 2011).

Na área da saúde, o ministro Humberto Costa, que liderou a pasta entre 2003 e 2005, pautou sua gestão em um discurso de mudanças e adoção da gestão participativa, com sua presença nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde tornando-se frequente. Os três grandes marcos da gestão Lula na saúde foram o programa Brasil Sorridente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Programa Farmácia Popular (Machado; Lima; Baptista, 2017).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, conhecida como Conferência Sérgio Arouca, foi antecipada e ocorreu de 7 a 11 de dezembro de 2003, apenas quatro meses após o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Pela primeira vez na história do evento, as propostas das conferências estaduais serviram como base para as discussões em nível nacional (CNS, 2003). Na ocasião, o então Ministro da Saúde anunciou a implementação de farmácias populares em todo o país. No entanto, a falta de detalhes do Programa Farmácia Popular gerou controvérsias, com posicionamentos contrários nas conferências municipais, onde se argumentava que o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ampliar a oferta gratuita de medicamentos em suas unidades, sem custo adicional para a população (Alencar et al., 2018).

Em 2003, a produção científica no campo da Saúde Coletiva continuou a crescer. Carvalho et al. (2007) observaram que tanto os Cadernos de Saúde Coletiva quanto a Revista de Saúde Pública publicaram mais artigos do que em 2000. Naquele ano, 40,9% da produção nos Cadernos era da subárea de Epidemiologia, 18,9% de Planejamento e Políticas de Saúde, 9,1% de Ciências Sociais em Saúde e 31,8% de outras subáreas. Na Revista de Saúde Pública, 62,5% das publicações eram de Epidemiologia, 8,3% de Planejamento e Políticas de Saúde e 29,2% de outras subáreas. Curiosamente, não houve artigos da subárea de Ciências Sociais em Saúde publicados neste periódico em 2003.

Refletindo a consolidação do campo da Saúde Coletiva, o 7º Abrasco atraiu um público de oito mil pessoas, com uma expressiva participação de profissionais dos serviços de saúde. Foram apresentados cerca de cinco mil trabalhos na modalidade pôster e 1085 na modalidade comunicação oral. A programação científica incluiu ainda 159 comunicações coordenadas, 127 painéis, 26 oficinas, 29 palestras, 13 colóquios, 9 grandes debates e 3 conferências magnas. O grande êxito desta edição levou à avaliação do evento como “o congresso da diversidade, da inclusão e da criatividade” (Abrasco, 2003).

8º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA – 2006

O 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorreu na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2006 e teve como tema central “Saúde Coletiva no mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas”. O mesmo ocorreu simultaneamente ao 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, promovido pela Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (LIMA; SANTANA; PAIVA, 2015).

A realização conjunta dos eventos teve com objetivo a interação da comunidade científica nacional e internacional visando contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e sociais a fim de melhorar a atenção à saúde da população (ABRASCO, 2006).

Durante o evento foi aprovada a Declaração Rio, a qual destacou:

“São necessárias mais pesquisas para melhor entender os determinantes sociais de saúde e as “causas das causas” do adoecimento, bem como avaliar políticas e intervenções. (...) São necessários laços intersetoriais mais fortes entre as políticas públicas em geral e as de saúde, e ligações efetivas com iniciativas governamentais, não governamentais e da sociedade civil. (...) A solidariedade e a responsabilidade globais são essenciais para que se faça frente ao enorme desafio de garantir que todo ser humano possa viver sua vida com respeito e dignidade, criando dessa forma, um futuro melhor para as próximas gerações” (Abrasco, 2006).

O evento contou pela primeira vez com a presença de um chefe de Estado Brasileiro em um Congresso de Saúde Coletiva. O então Presidente na época, Luiz Inácio Lula da Silva, destacou em sua fala o compromisso do governo com o desenvolvimento social e a saúde da população (LIMA; SANTANA; PAIVA, 2015).

O discurso do Presidente Lula no evento foi de encontro a principal característica do seu governo que era apoiar os movimentos sociais e melhorar as condições de vida e saúde da população com menores condições socioeconômicas.

No cenário nacional, no ano de 2006 houve um bom crescimento econômico no país. Foi criado um novo plano para administração federal, houve a expansão de concursos públicos e deu-se uma maior ênfase na participação social na formulação de políticas. No governo Lula houve uma maior ênfase na criação e formalização de empregos, aumentos do salário mínimo, políticas para combate à pobreza com redução das desigualdades de renda e expansão de direitos de grupos socialmente vulneráveis (mulheres, grupos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT), população negra, indígena e quilombolas, incluindo a criação de secretarias federais específicas, mudanças legislativas e normativas) (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

No ano de 2006 a agenda da política de saúde iniciou com mudanças na estrutura do ministério, foram criadas novas secretarias: vigilância em saúde; gestão do trabalho e da educação em saúde; ciência, tecnologia e insumos estratégicos; gestão participativa. Um dos marcos do governo Lula foi a criação dos programas Brasil Sorridente, SAMU e Farmácia Popular. Vale destacar a ampliação da cobertura do PSF que passou a ser enfatizado como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O Plano Nacional de Saúde foi elaborado, houve continuidade nas políticas governamentais prioritárias, início de mudanças na condução da política da educação em saúde e maior ênfase na centralidade de algumas estratégias, como exemplo, a estratégia de saúde da família (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

No contexto das produções acadêmicas, os temas que apresentaram grande destaque nos estudos no ano de 2006 foram: Ações globais nos determinantes sociais da saúde; Democracia, participação cidadã e direito à saúde; Promoção de sistemas de atenção à saúde equitativa em um mundo competitivo; e Inovações em ciência e tecnologia no contexto da saúde pública (ABRASCO, 2006). As produções eram voltadas a compreender os determinantes sociais da saúde no contexto onde a população encontrava-se inserida, bem como estavam muito voltados para as inovações tecnológicas e os seus efeitos na saúde pública, evidenciando de que forma a tecnologia poderia contribuir com o nível primário de atenção à saúde.

9º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA – 2009

O 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorreu na cidade de Recife em 2009 e teve como tema central “Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com direito à saúde” (ABRASCO, 2009).

As discussões do evento foram agrupadas em quatro dimensões: Ciência tecnologia e inovação para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS; Saúde e seguridade social; Desenvolvimento social e econômico sustentável; e Garantia dos direitos humanos (LIMA; SANTANA; PAIVA, 2015).

A primeira dimensão enfatizava os desafios epistemológicos da área da saúde coletiva, seguindo o rigor teórico metodológico e o compromisso no desenvolvimento do SUS. A segunda estava ligada aos princípios do sistema de seguridade universal como expressão de um pacto político que garanta estabilidade, justiça social e gestão democrática. A terceira expressou a crise global do capitalismo e seus impactos para a saúde e para o meio ambiente. Na quarta, houve um debate sobre a vulnerabilidade, étnica, racial, religiosa, de gênero, as deficiências físicas e mentais e sobre a inovação a serviço das necessidades dos cidadãos (LIMA; SANTANA; PAIVA, 2015).

Durante o congresso foi aprovada a Carta e Olinda, a qual destacou:

Lema do IX Congresso, o compromisso da inovação com o direito à saúde figurou com intensidade no debate, predominando a generosa ideia de que, em saúde, inovação é acesso. Não se pode conceber ciência, tecnologia e inovação apenas em relação a bens materiais. Inovações nas políticas de saúde, na organização e na produção de serviços, são igualmente relevantes. Com efeito, pode-se considerar que a atenção primária à saúde é a mais importante inovação na nossa área nas últimas décadas. Por isso será fundamental solucionar as debilidades da rede de serviços e avançar em sua estruturação e coordenação” (Abrasco 2009).

O evento contou pela segunda vez com a presença do chefe de Estado, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que discursou para os participantes do evento enfatizando:

“Todos aqui sabem que a Abrasco veio fortalecendo o seu papel durante a década de 90, quando a maior preocupação na área da saúde era garantir as conquistas obtidas com a nova Constituição e assegurar a implementação do modelo de gestão em saúde definido pelo SUS” (ABRASCO, 2009).

Em 2009, ano de realização do congresso, iniciava-se uma crise no país com um declínio no crescimento econômico e redução do Produto Interno Bruto (PIB). Mesmo em meio a crise o governo expandiu os gastos sociais, incluindo projetos de infraestrutura como o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Investiu em estratégias para a geração de empregos, formalização de trabalho, aumento de salário mínimo e aumento das transferências diretas de rendas (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

No cenário de políticas de trabalho e sociais, houve uma reforma incremental do regime previdenciário dos servidores com regras mais restritas para a aposentadoria integral, como tempo mínimo no setor público e na carreira. Um marco no governo Lula foi a expansão federal na educação terciária com a criação de novas universidades e campi federais, bem como financiamento para o setor privado (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Na agenda da política de saúde houve continuidade nas políticas governamentais prioritárias, predomínio de continuidade das políticas em relação à gestão anterior, finalização e divulgação do pacto pela saúde. Ampliou-se a agenda estratégica, com ênfase na promoção da saúde e nas relações entre saúde e desenvolvimento, destaque para o fortalecimento do complexo econômico-industrial da saúde. Durante ambos os mandatos, o governo Lula priorizou as políticas voltadas para o combate à pobreza e de expansão de direitos de grupos socialmente vulneráveis. A política de saúde apresentou elementos de continuidade e inovações incrementais, não tendo sido uma área de destaque na agenda governamental, com persistência dos problemas estruturais do SUS (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

No cenário apresentado, as produções acadêmicas em 2009 estavam voltadas para temáticas que abrangiam: Saúde e ambiente; Desigualdade em saúde; avaliação e qualidade em saúde; Educação e ensino na saúde; Epidemiologia; Informação em saúde; Planejamento em gestão; políticas públicas em saúde; Saúde bucal; Saúde da criança e do adolescente; e Trabalho em Saúde (ABRASCO, 2009). Dessa forma, infere-se que a maior produção de estudos no referido ano estava voltada a questões relacionadas à epidemiologia, saúde bucal e trabalho em saúde.

10º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

Em 2012, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, sediou o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, sob o tema “Saúde é Desenvolvimento: Ciência para a Cidadania”. O congresso teve como objetivo central mobilizar docentes, pesquisadores, políticos, gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais e lideranças do campo da Saúde Coletiva, além de toda a população, para superar as desigualdades e injustiças do país, visando um desenvolvimento inclusivo para todos os cidadãos.

O evento reuniu aproximadamente 8.000 participantes e abordou temas como urbanização, inovação em saneamento e habitação, sustentabilidade e políticas, produção financeira e reformas legislativas. Foram submetidos cerca de 4.000 trabalhos científicos, divididos em três categorias: trabalhos acadêmicos, relatos de experiências de serviços de saúde e a categoria “ABRASCO Jovem”, dedicada a trabalhos de estudantes de graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva.

Naquele período, o Brasil desfrutava de uma posição de destaque internacional, sendo a sexta maior economia do planeta. Contudo, essa pujança econômica contrastava com indicadores sociais menos favoráveis: os dados de saúde e educação do país oscilavam entre a 60ª e a 70ª posição mundial, atrás de nações menores e mais pobres.

O ano de 2012 também foi significativo para a história da Saúde Coletiva, pois marcou o cinquentenário da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, instituição que formou e acolheu muitos dos militantes da ABRASCO. Além disso, celebravam-se 20 anos do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão de 1992), cujo tema “Saúde como direito à vida” impulsionou discussões e esforços cruciais sobre a universalidade e integralidade do SUS, exemplificados pelo sucesso subsequente do Programa Nacional de DST/AIDS.

As grandes manifestações de 2013, que precederam as eleições presidenciais, evidenciavam uma profunda crise no sistema representativo e apontavam para a necessidade de novas formas de organização política no Brasil.

11º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

Em 2015, inspirados no papel do movimento da reforma sanitária e nas bandeiras expressas como “saúde e democracia” durante as décadas de 1970 e 1980, decisivas para a reconquista do direito de escolha dos brasileiros, a diretoria, junto aos diversos e inúmeros fóruns da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), definiram o tema desse congresso: *Saúde, Desenvolvimento e Democracia: O Desafio do SUS Universal*.

As decisões que conduziram os passos organizacionais foram baseadas no propósito de partilhar com os diversos grupos de trabalho e comissões as definições temáticas e os convidados para as 118 mesas-redondas e palestras, e a organização das sessões de comunicações orais, verdadeiros colóquios entre pesquisadores, profissionais e estudantes. Foram 479 sessões com a apresentação de 3.509 trabalhos, além de 60 cursos e oficinas de trabalho (RASSI, 2015).

Os ataques ao SUS no ano, apostaram na desinformação, na crise e na sedução mercantil da assistência à doença. Insistiam na medicalização como fonte de novos financiamentos públicos e privados. Os fóruns da Abrasco têm capacidade de influenciar decididamente os rumos das políticas de saúde e, nesta edição do Abrascão, que ocorreu às vésperas da 15a Conferência Nacional de Saúde, acumulou-se forças para este período de lutas e novas conquistas democráticas.

12º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

Em 2018, o Rio de Janeiro sediou o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com o tema central “Fortalecer o SUS, os direitos e a democracia”. A escolha do campus da Fundação Oswaldo Cruz para o evento destacou a importância de rememorar a trajetória da Saúde Pública até a consolidação da Saúde Coletiva (Melo; Mendonça; Oliveira et al., 2018).

O ano de 2018 marcou os 40 anos da Declaração de Alma-Ata, um marco fundamental para a atenção primária e a promoção da saúde. Coincidentemente, a Constituição Cidadã, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), também completava 30 anos. Nesse contexto, o congresso se tornou um espaço crucial para debater os rumos da saúde no Brasil, especialmente diante de uma conjuntura política que sinalizava o risco de desmantelamento de um sistema de saúde conquistado após anos de luta pela população (Melo; Mendonça; Oliveira et al., 2018).

No período do congresso, o país atravessava um momento de profunda incerteza no setor da saúde. O golpe parlamentar de 2016 representou uma ameaça à democracia e às conquistas históricas do povo brasileiro. O governo Temer, ao aprovar a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, congelou os gastos públicos por 20 anos. Essa medida colocou a estrutura do SUS sob séria ameaça, aprofundando o subfinanciamento e abrindo espaço para propostas que favoreciam o setor privado em detrimento dos serviços públicos (Santos; Barbosa; Silva, 2018).

A atenção primária à saúde (APS) emergiu como um dos setores mais vulneráveis devido às alterações na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017. Essas mudanças foram percebidas como um enfraquecimento da atenção básica, descaracterizando sua proposta original. As alterações na organização e funcionamento da PNAB flexibilizaram as modalidades de organização, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Atenção Básica tradicional. Além disso, houve modificações na composição das equipes, no número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e em suas atribuições diárias (Santos; Barbosa; Silva, 2018; Melo; Mendonça; Oliveira et al., 2018).

As mudanças nos blocos de financiamento do SUS também poderiam influenciar o desvio de recursos da atenção básica para procedimentos de média e alta complexidade, dificultando o funcionamento do nível primário de atenção (Santos; Barbosa; Silva, 2018). Vale destacar que um dos pontos marcantes na revisão da PNAB foi a atribuição de um papel mais protagonista ao gestor, concedendo-lhe maior autonomia e flexibilidade na gestão municipal, permitindo que tomasse decisões que, antes, eram coletivas (Melo; Mendonça; Oliveira et al., 2018).

Em 2018, a produção acadêmica na área da Saúde Coletiva apresentou uma maior ênfase em temas como (Melo; Mendonça; Oliveira et al., 2018):

- Educação e formação em saúde: Este foi um dos temas mais presentes nos estudos, evidenciando a relevância da formação e da educação permanente para o aprimoramento do trabalho das equipes de saúde.
- Planejamento, gestão e avaliação na saúde: Também se destacaram entre os temas mais abordados, indicando um foco das pesquisas na organização dos serviços e na qualificação das equipes.
- Alimentação e nutrição em saúde coletiva
- Doenças transmissíveis
- Saúde mental, álcool e outras drogas
- Organização da atenção à saúde: modelos, redes e regionalização da saúde
- Saúde e ciclos de vida
- Agravos e doenças crônicas
- Gênero e sexualidade

Esses focos da pesquisa demonstram que, em 2018, as produções estavam, de certa forma, mais direcionadas à organização dos serviços e à qualificação das equipes de saúde.

13º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

O 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorreu na cidade de Salvador em 2022 e teve como tema central “Democracia é Saúde: diversidade, equidade e justiça social”. O congresso aconteceu no centro de convenções de Salvador, foi um marco na volta dos eventos presenciais e ao mesmo tempo um momento desafiador, considerando os efeitos da pandemia da Covid-19, que provocou reviravoltas no mundo e na vida das pessoas, particularmente, no cotidiano dos serviços de saúde, nas universidades e no trabalho acadêmico.

No Congresso, foi lançado o Dossiê Abrasco Pandemia de COVID-19, que apresenta uma análise técnica e política sobre a evolução da doença no Brasil. Nesse documento, a Abrasco denuncia o processo de regressividade social que ocorreu no país após a eleição de um presidente de extrema direita em 2018 (Abrasco, 2022).

Segundo o dossiê, esse governo transformou a violência em uma política oficial, conhecida como necropolítica, ao liberar a compra e o uso de armas, estimular e se relacionar com milícias, e promover valores patriarcalistas como machismo, xenofobia, supremacia branca, individualismo e competição. Além disso, houve um retorno dos conflitos para o âmbito privado, seja empresarial ou familiar, com a diminuição da regulação pública e estatal. Exemplos dessas mudanças incluem a desregulação do trabalho, a educação domiciliar e o direito dos pais de não vacinar seus filhos. O documento também aponta que esse governo incentivou a eliminação de seus opositores (Abrasco, 2022).

O evento também promoveu um debate atual sobre a dimensão comercial dos determinantes sociais da saúde e os efeitos prejudiciais dos conflitos de interesse entre os setores público e privado. Com a participação de autoridades sanitárias de todas as regiões do Brasil e de diversos países, o evento proporcionou uma análise crítica do contexto brasileiro, reforçando a importância da defesa do SUS como estratégia fundamental para o desenvolvimento social do país.

Além disso, o Congresso estimulou a reflexão sobre o próprio campo da saúde coletiva, promovendo o diálogo entre diferentes áreas, gerações, temas e modelos de produção de conhecimento. Os debates intersetoriais entre saúde e outros setores políticos foram marcados por um diálogo respeitoso, valorizando tanto os saberes tradicionais quanto os acadêmicos, e considerando as perspectivas intergeracionais e políticas. Essas discussões evidenciaram as agendas sociais e ambientais atuais, com destaque para as interseccionalidades envolvendo gênero, sexualidades, raça, classe, etnia e deficiência, que contribuem para a produção e reprodução das desigualdades sociais e em saúde. Por fim, foi ressaltado o papel estratégico da educação popular em saúde no SUS, como ferramenta para a construção participativa de políticas e serviços de saúde.

Os trabalhos apresentados foram alocados em treze eixos temáticos que trouxeram importantes discussões para o campo da saúde coletiva: Relações saúde, ambiente e sociedade; Desafios e caminhos para (re)construção do Brasil e o papel das políticas sociais; Sistema Único de Saúde: desafios persistentes e perspectivas; Cidadania: fragilidades e potências da participação social; A pandemia de COVID-19 e seus legados; Saúde em um mundo globalizado, o diálogo Sul - Sul e a Agenda 2030; Saúde Coletiva e as transformações no mundo do trabalho; Saúde Coletiva, diversidade cultural e epistemologias; Saúde Coletiva, ciência, tecnologia, inovação e soberania; Saúde Coletiva e a interação entre suas três subáreas disciplinares; Educação e Formação em Saúde Coletiva; Informação, Comunicação e Saúde: diálogos sobre novos cenários e desafios para a Saúde Coletiva; Interseccionalidades, lutas sociais e direitos humanos na saúde.

O Congresso renovou o compromisso da comunidade da Saúde Coletiva na reconstrução dos princípios da equidade, universalidade, integralidade que regem o Sistema Único de Saúde.

Ano	Edição	Local	Tema
2000	6ª	Salvador/BA	“O sujeito na Saúde Coletiva”
2003	7ª	Brasília/DF	“Saúde, justiça e cidadania”
2006	8ª	Rio de Janeiro/RJ	“Saúde Coletiva no mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas”
2009	9ª	Olinda/PE	“Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com direito à saúde”
2012	10	Porto Alegre/RS	“Saúde é Desenvolvimento: Ciência para a Cidadania”
2015	11ª	Goiânia/GO	Saúde, Desenvolvimento e Democracia: O Desafio do SUS Universal.
2018	12ª	Rio de Janeiro/RJ	“Fortalecer o SUS, os direitos e a democracia”
2022	13ª	Salvador/BA	“Democracia é Saúde: diversidade, equidade e justiça social”.

Quadro 1: Síntese do ano, edição, local e tema dos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva da 6ª à 13ª edição.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das oito edições do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva aqui apresentadas revela a consistente manutenção da abordagem da ABRASCO desde seus primeiros congressos. Essa perspectiva se distingue por transcender as fronteiras da saúde em si, debatendo temas que se alinham intrinsecamente com o contexto político e social do Brasil em cada período. Essa característica demonstra a capacidade do campo da Saúde Coletiva de se manter relevante e responsivo às transformações do país.

O crescimento contínuo no número de participantes, o aumento expressivo de trabalhos inscritos e a adesão cada vez maior de profissionais dos serviços de saúde são indicadores robustos da consolidação da Saúde Coletiva como um campo científico dinâmico e atuante.

Nesse cenário, os congressos promovidos pela ABRASCO se estabelecem como plataformas multifacetadas. Eles não são apenas espaços cruciais para a divulgação da produção científica e para a troca de experiências e conhecimentos entre pesquisadores e profissionais, mas também se configuram como importantes arenas para a tomada de decisões estratégicas e para o debate político acerca das políticas públicas de saúde e do futuro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Percebe-se, assim, uma clara e ininterrupta tendência à continuidade das discussões sobre a saúde e seus múltiplos determinantes sociais. Essa abordagem, caracterizada por sua pluralidade e abrangência, é um traço distintivo dos eventos da ABRASCO.

Ela reforça o compromisso da Saúde Coletiva com a construção de uma sociedade mais justa e equitativa, na qual a saúde é compreendida em sua complexidade e interconexão com as diversas esferas da vida. A capacidade de articular ciência e política, teoria e prática, demonstra a maturidade do campo em contribuir ativamente para os desafios sanitários e sociais do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S. et al. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 159-172, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Especial do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. N. 88, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Dossiê ABRASCO: Pandemia de COVID-19**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2022.

BELISÁRIO, S. A. **Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço construído**. In: LIMA, N.T., SANTANA, J.P. Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2006, p. 45-76.

CARVALHO, L. et al. Produção e citação em Saúde Coletiva: um olhar a partir dos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 3023-3030, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Consolidado dos relatórios das Conferências Estaduais de Saúde: 12ª Conferência Nacional de Saúde Conferência Sérgio Arouca**. Brasília, 2003.

LIMA, N.T., SANTANA, J.P. **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2006, 233 p.

LIMA, N.T., SANTANA, J.P., PAIVA, C.H.A. **Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015, 322 p.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, Sup 2, p. 143-161.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**. v. 42, n.1, p.38-51, 2018.


ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: produção de conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília, 2003, 75 p.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

SANTOS, A. M.; BARBOSA, A. C. Q.; SILVA JR, A. G. et al. **Elaboração coletiva dos pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS no Seminário “De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no Brasil –avanços, desafios e ameaças”**, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública –ENSP/FIOCRUZ, de 20 e 21 de março de 2018.

INIQUIDADES EM SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA EQUIDADE NO SUS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.716152518064>

Data de aceite: 26/06/2025

Leticia Paiva Fiquene

Thaís Silva dos Reis

RESUMO: Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam as condições de saúde da população, afetando diretamente o acesso a serviços de saúde, alimentação e condições de vida. No Brasil, essas desigualdades são evidentes, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a população enfrenta barreiras significativas no acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a serviços essenciais, como saneamento básico e educação. A falta de recursos, de infraestrutura e de políticas públicas integradas agrava essas disparidades. As desigualdades nos DSS resultam em disparidades na saúde, como maior taxa de morbidade e mortalidade nas populações de baixa renda e nas áreas periféricas. As políticas públicas existentes ainda enfrentam desafios para abordar essas questões de forma eficaz, devido à fragmentação das ações em diferentes setores. A promoção de uma abordagem intersetorial é essencial para superar essas barreiras e promover a equidade em saúde.

É necessário que as políticas públicas integrem saúde, educação, habitação e infraestrutura para enfrentar de forma eficaz as desigualdades em saúde no país. Somente com a integração desses fatores será possível reduzir as disparidades e melhorar as condições de vida da população mais vulnerável.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes Sociais da Saúde, Desigualdades em Saúde, Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) referem-se a um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que influenciam as condições de vida e, consequentemente, o estado de saúde da população. Esses fatores são reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como fundamentais para compreender e enfrentar as desigualdades em saúde, uma vez que impactam diretamente no acesso a serviços de saúde, qualidade da alimentação, habitação e condições de trabalho (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Dentre os principais DSS, destacam-se aspectos como nível de escolaridade, renda, emprego, saneamento básico, moradia e acesso a serviços de saúde. A distribuição desigual desses determinantes contribui para a perpetuação de iniquidades sociais e sanitárias, tornando necessário o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a equidade e a justiça social no setor da saúde (MARMOT et al., 2008).

Além disso, a inter-relação entre os DSS e a saúde coletiva evidencia a importância de abordagens intersetoriais para mitigar seus impactos negativos. Estratégias que envolvem diferentes setores da sociedade, como educação, habitação e assistência social, são essenciais para melhorar as condições de vida da população e reduzir as disparidades em saúde (SOLARES et al., 2020).

Dessa forma, a compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde permite uma análise mais abrangente dos fatores que influenciam o bem-estar populacional, reforçando a necessidade de ações integradas que busquem promover a saúde de forma equitativa e sustentável (BREILH, 2010).

O PROBLEMA

A disparidade no acesso a condições de vida e serviços de saúde entre diferentes grupos sociais tem sido um dos maiores desafios enfrentados pelas políticas públicas de saúde. As desigualdades no contexto dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) têm repercussões significativas na qualidade de vida das populações, resultando em desigualdades no estado de saúde. Embora haja avanços na compreensão desses determinantes, a implementação de políticas eficazes que considerem suas múltiplas dimensões ainda é limitada, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e econômica.

Nesse cenário, surge a questão: como os Determinantes Sociais da Saúde influenciam as desigualdades em saúde, e quais são os desafios para a implementação de políticas públicas que promovam a equidade e a redução das disparidades em saúde no Brasil? O problema reside na necessidade urgente de ações intersetoriais que integrem os diferentes setores sociais e econômicos, a fim de minimizar as desigualdades e promover a melhoria das condições de saúde da população, especialmente das camadas mais vulneráveis.

OBJETIVO GERAL

Analisar a influência dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nas desigualdades em saúde no Brasil, identificando os principais desafios para a implementação de políticas públicas que promovam a equidade e a redução das disparidades no acesso à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os principais Determinantes Sociais da Saúde que impactam as condições de saúde da população brasileira.

Examinar as desigualdades no acesso a serviços de saúde e as suas relações com fatores socioeconômicos, culturais e ambientais.

Avaliar as políticas públicas atuais relacionadas aos DSS e sua eficácia na promoção da equidade em saúde.

JUSTIFICATIVA

A compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) é essencial para enfrentar as desigualdades em saúde que persistem no Brasil. Fatores como renda, escolaridade, moradia, acesso a serviços de saúde e condições de trabalho têm uma influência direta na qualidade de vida e no estado de saúde da população. A desigualdade no acesso a esses determinantes resulta em disparidades significativas entre diferentes grupos sociais, especialmente em populações de baixa renda e regiões periféricas, o que torna a análise dessas questões de extrema relevância.

Além disso, a saúde não pode ser abordada de maneira isolada, sem considerar os fatores socioeconômicos e ambientais que a impactam. A promoção de políticas públicas que integrem esses determinantes é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa, sendo capaz de reduzir as desigualdades e melhorar as condições de saúde da população. A partir disso, a análise das políticas públicas existentes e a proposição de estratégias mais eficazes se torna imprescindível para a construção de soluções sustentáveis que atendam as necessidades das populações mais vulneráveis.

A pesquisa justifica-se pela urgência de uma abordagem mais ampla das questões de saúde, que vá além da assistência médica, considerando também os determinantes sociais. Este estudo busca contribuir com a discussão sobre a importância da intersetorialidade nas políticas públicas, ao mesmo tempo que oferece subsídios para a implementação de práticas que possam efetivamente reduzir as desigualdades em saúde no Brasil.

[REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são fatores que influenciam diretamente as condições de saúde de uma população, incluindo aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais. No Brasil, esses determinantes desempenham um papel crucial nas desigualdades em saúde, refletindo as disparidades entre as diferentes classes sociais e regiões do país. A compreensão de como esses determinantes atuam é essencial para a formulação de políticas públicas que busquem promover a equidade no acesso à saúde

e melhorar as condições de vida das populações mais vulneráveis (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Entre os principais DSS no Brasil, destaca-se a desigualdade socioeconômica, que se manifesta por meio de fatores como a distribuição desigual de renda, o nível de escolaridade e a qualidade de moradia. Essas desigualdades resultam em diferenças significativas no acesso a serviços de saúde, alimentação adequada, saneamento básico e condições de trabalho. A falta de acesso a esses direitos fundamentais contribui para a perpetuação de um ciclo de pobreza e doenças, afetando principalmente as populações de baixa renda e as áreas mais periféricas (MARMOT et al., 2008).

O sistema de saúde brasileiro, embora conte com importantes avanços, como o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda enfrenta desafios para garantir acesso igualitário e universal a todos os cidadãos. A regionalização dos serviços de saúde, a insuficiência de recursos e a sobrecarga nos hospitais públicos são fatores que comprometem a efetividade do SUS, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a população enfrenta maiores dificuldades no acesso à saúde. A integração de políticas públicas que envolvem a educação, a habitação e o saneamento básico é fundamental para superar essas barreiras (SOLARES et al., 2020).

Ademais, a promoção da saúde no Brasil precisa ser pautada em uma abordagem intersetorial, ou seja, que envolva diferentes áreas além da saúde, como educação, assistência social e infraestrutura. Estratégias de saúde que considerem os determinantes sociais de maneira integrada são mais eficazes para melhorar a qualidade de vida da população e reduzir as desigualdades em saúde. Portanto, é imprescindível que as políticas públicas brasileiras contemplem uma visão holística, abordando as causas estruturais da desigualdade social (BREILH, 2010).

RESULTADOS

A pesquisa sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no Brasil revelou que as desigualdades em saúde estão intimamente ligadas a fatores socioeconômicos, ambientais e culturais, que variam de acordo com a região e as condições de vida das populações. A análise dos principais determinantes sociais identificou que a desigualdade de renda, o acesso desigual à educação e à moradia de qualidade, e a falta de acesso a serviços de saúde são os fatores mais críticos para a manutenção das disparidades em saúde no país.

Os dados coletados indicaram que as populações de baixa renda, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, enfrentam dificuldades significativas para acessar cuidados de saúde adequados, resultando em maiores taxas de morbidade e mortalidade. Além disso, a falta de saneamento básico e condições de habitação adequadas nas periferias das grandes cidades agrava o quadro de saúde dessas populações. Isso reforça a importância de políticas públicas que integrem saúde, educação, infraestrutura e assistência social, de

forma a promover um ambiente saudável e melhorar as condições de vida (MARMOT et al., 2008).

Ademais, foi observada uma disparidade no acesso a serviços de saúde entre as áreas urbanas e rurais, com as populações rurais apresentando um acesso limitado ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que resulta em um atendimento insuficiente e, muitas vezes, ineficiente. A falta de estrutura no atendimento nas regiões mais afastadas compromete a eficácia das políticas públicas voltadas para a saúde, dificultando a redução das desigualdades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No que se refere à implementação de políticas públicas, os resultados apontaram que, embora haja um reconhecimento crescente da importância dos DSS, ainda existem desafios significativos na implementação de políticas que considerem esses determinantes de forma intersetorial. O estudo identificou que ações isoladas e fragmentadas nas áreas de saúde, educação, e infraestrutura não têm sido suficientes para reduzir as desigualdades em saúde de maneira eficaz. A integração de políticas públicas e a maior colaboração entre os diversos setores do governo são necessárias para um enfrentamento mais eficiente das desigualdades (SOLARES et al., 2020).

Em termos de resultados de saúde, observou-se que as populações com maior acesso a educação, renda mais alta e melhores condições de moradia apresentam melhores indicadores de saúde, com menores taxas de doenças crônicas e maior longevidade. Por outro lado, as populações em situação de vulnerabilidade social, com baixo nível de escolaridade e precariedade habitacional, continuam a apresentar altos índices de morbidade e mortalidade, refletindo diretamente a importância dos DSS para a promoção da saúde (BREILH, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no Brasil revelou a complexidade e a importância desses fatores na configuração das desigualdades em saúde no país. A partir dos dados coletados e analisados, foi possível observar que as desigualdades socioeconômicas, o acesso desigual à educação, a precariedade habitacional e a falta de infraestrutura adequada são determinantes chave para a persistência das disparidades em saúde. Essas condições influenciam diretamente o bem-estar da população, especialmente nas regiões mais carentes e periféricas, onde as populações enfrentam maiores desafios no acesso a serviços essenciais de saúde, educação e saneamento básico.

O estudo também demonstrou que, apesar de avanços importantes, como a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas ainda carecem de uma abordagem mais intersetorial e integrada para efetivamente enfrentar as desigualdades em saúde. A fragmentação das ações e a falta de articulação entre os diferentes setores, como saúde, educação, habitação e infraestrutura, dificultam a promoção da equidade e a

redução das disparidades em saúde. Assim, para que as políticas públicas possam alcançar resultados significativos, é fundamental que haja uma maior integração entre as áreas e um planejamento que considere as interações entre os diversos determinantes sociais.

Em relação aos resultados de saúde, as populações mais vulneráveis, com baixo nível educacional, menor renda e condições de moradia inadequadas, continuam a apresentar piores indicadores de saúde. Isso reforça a necessidade urgente de políticas que considerem os DSS de maneira abrangente, promovendo melhorias nas condições de vida e acesso a serviços de saúde para todos, sem exceção. A promoção da saúde deve, portanto, ser vista não apenas como uma questão médica, mas como uma questão social e política, envolvendo uma série de ações integradas e direcionadas à redução das desigualdades.

Conclui-se que a implementação de políticas públicas eficazes depende da capacidade de integrar ações e estratégias intersetoriais que abordem os DSS de maneira holística. Somente dessa forma será possível enfrentar as desigualdades em saúde de maneira duradoura e sustentável, proporcionando uma melhoria significativa na qualidade de vida e na saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

BREILH, J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.

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

MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.

SOLARES, G. R. et al. Social determinants of health: conceptual framework and their influence on health. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, e28, 2020.