

# SAÚDE COLETIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS

**Rita Barradas Barata**

*Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*

Este texto descreve brevemente o campo da Saúde Coletiva e sua relação com as políticas públicas a partir do conceito ampliado de saúde, do conceito de determinantes sociais e do problema central das desigualdades sociais em saúde. Em seguida, é apresentada uma discussão sobre os determinantes sociais e as relações de poder que influenciam a tomada de decisão e a formulação de políticas públicas setoriais ou extrasetoriais para o enfrentamento das desigualdades. O tópico seguinte foca nas contribuições da Epidemiologia, disciplina do campo da Saúde Coletiva, na identificação dos problemas relevantes, produção de evidências para a formulação de políticas, arranjos tecnológicos para a implementação e metodologias para avaliação do impacto das políticas na situação de saúde. Finalmente, são apresentados brevemente os desafios contemporâneos para o campo: o predomínio da política neoliberal e o ressurgimento da extrema direita como ameaças concretas aos objetivos e compromissos políticos da Saúde Coletiva com a melhoria da situação de saúde populacional e a redução das desigualdades sociais em saúde.

**Palavras-chave:** determinantes sociais em saúde, desigualdades sociais em saúde, relações de poder, políticas públicas e impacto na saúde

## Collective Health and public policies

This text briefly describes the field of Collective Health and its relationship with public policies, starting from the expanded concept of health, the concept of social determinants on health, and the central problem of social inequalities in health. Next, a discussion is presented on the social determinants and power relations that influence decision-making and the formulation of sectoral or extra-sectoral public policies to address inequalities. The following topic focuses on the contributions of Epidemiology, a Collective Health discipline, in identifying relevant problems, providing evidence for policy formulation, technological arrangements for implementation, and methodologies for evaluating the impact of policies on health situation. Finally, contemporary challenges for the field are briefly presented: the predominance of neoliberal politics and the resurgence of the far right as concrete threats to the objectives and political commitments to improving the population health status and reducing social inequalities in health.

**Keywords:** social determinants on health, social health inequalities, power, public policies and health impact.

## Salud Colectiva y políticas públicas

Este texto describe brevemente el campo de la Salud Colectiva y su relación con las políticas públicas, a partir del escopo ampliado de salud, del concepto de determinantes sociales en salud y del problema central de las desigualdades sociales en

### Editado por:

André Marengo  
Lisandro Abulatif

### Revisado por:

Giordano Tronco

**Este artigo foi submetido para Analytics, uma seção da revista Policy Making**

Publicado: 21 Abr 2026

### Como citar:

BARATA, Rita Barradas. Saúde Coletiva e políticas públicas. Policy Making, Porto Alegre, v.1, p. 53-69, 2026.

salud. A continuación, se presenta una discusión sobre los determinantes sociales y las relaciones de poder que influyen en la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas sectoriales o extra sectoriales para abordar las desigualdades. El siguiente tema se centra en las contribuciones de la epidemiología, disciplina de la Salud Colectiva, en la identificación de problemas relevantes, el aporte de evidencia para la formulación de políticas, arreglos tecnológicos para su implementación y metodologías para evaluar el impacto de las políticas sobre la situación de salud. Finalmente, se presentan brevemente los desafíos contemporáneos para el campo: el predominio de las políticas neoliberales y el resurgimiento de la extrema derecha como amenazas concretas a los objetivos y compromisos políticos de mejorar el estado de salud de la población y reducir las desigualdades sociales en salud.

**Palabras clave:** determinantes sociales em salud, relaciones de poder, políticas públicas e impacto en salud.

## INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva é um dos campos de conhecimentos e práticas da grande área da saúde, diferenciando-se das demais áreas por seu objeto de estudo e intervenção: o processo saúde-doença-cuidado na dimensão populacional, compreendido como produto do processo social no qual se desenvolve, historicamente determinado e intimamente relacionado com a estrutura de reprodução social em cada sociedade (Laurell, 1989; Paim e Almeida Filho, 1998; Barata, 2022).

A produção de conhecimentos no campo e as práticas de saúde nele desenvolvidas se estruturam em torno dos três eixos disciplinares interrelacionados: a epidemiologia, as ciências sociais em saúde e as políticas de saúde, planejamento e gestão dos serviços e práticas de saúde. Essa arquitetura está estreitamente relacionada com o conceito ampliado de saúde como a resultante de diversos processos sociais que configuram a reprodução social das classes e frações de classes em cada sociedade, para cuja promoção, manutenção e recuperação dependem das políticas públicas que abarcam seus principais determinantes sociais, além daquelas políticas próprias do setor saúde, mais diretamente relacionadas com a organização das práticas no interior do sistema de saúde e na sua interface com outros setores sociais.

Desse modo, no centro das preocupações do campo estão três questões fundamentais: a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença no âmbito populacional, as desigualdades sociais em saúde resultantes da distribuição assimétrica desses determinantes nas populações e a organização de um sistema de saúde capaz de garantir universalmente, de modo equitativo e integral, o direito à saúde como um direito de cidadania (Onocko-Campos, Pinto e Barreto, 2023).

James Marks, ex-diretor do Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos, considera que as políticas públicas são o meio pelo qual a sociedade dá forma ao que ela deseja ser ou se tornar. É através das políticas públicas, sejam elas de formulação estatal ou oriundas dos movimentos sociais, que uma sociedade estabelece sua imagem-objetivo, explicita seus valores e dá publicidade às suas prioridades (Marks, 2009).

Retomando as questões fundamentais para o campo da saúde coletiva, fica evidente a importância das políticas públicas para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde e para o fortalecimento do sistema de saúde na perspectiva democrática e da justiça social. As políticas públicas não podem ignorar as desigualdades sociais em saúde para preservar seu potencial transformador, do mesmo modo que devem considerar as diferentes vulnerabilidades sociais frente à pobreza, à discriminação, à exclusão e à marginalização (Onocko-Campos, Pinto e Barreto, 2023).

## DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, PODER E POLÍTICAS PÚBLICAS

O conceito de determinantes sociais em saúde é central para a formulação de políticas públicas tendo em vista não apenas a melhoria da situação de saúde das populações, mas também a redução das desigualdades sociais no campo da saúde, que dependem da modificação na distribuição desses determinantes entre os diferentes grupos sociais no interior de cada sociedade.

Os efeitos dos determinantes sociais em saúde podem ser observados tanto em termos absolutos, na situação de saúde de diferentes populações e grupos sociais, quanto em termos relativos, no gradiente observado entre as frações de classe em cada sociedade. A posição socioeconômica dos indivíduos na estrutura social se refere à localização dos grupos nas diferentes hierarquias em torno das quais se organizam as sociedades: condições de vida e trabalho, estratificação socioeconômica, raça/etnia, gênero etc. (Graham, 2004).

O aprofundamento das desigualdades sociais em saúde na segunda metade do século XX, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos, gerou interesse científico e político crescente nos determinantes sociais geradores dessas desigualdades e nas políticas sociais capazes de reduzir essas desigualdades, tanto no interior do setor saúde quanto em outras áreas sociais. Como afirma Vicente Navarro (2009), as evidências de que a saúde e a qualidade de vida são socialmente determinadas são inegáveis e sobressalentes. Em 2004, a Organização Mundial da Saúde criou uma comissão coordenada por Michael Marmot para analisar os determinantes sociais em saúde e propor um quadro referencial para a compreensão teórica e prática dos processos de determinação e um quadro referencial para as políticas de intervenção (WHO, 2008; WHO, 2010).

Nas palavras dos próprios membros da comissão,

*(...) eles receberam a tarefa de sumarizar a evidência sobre como a estrutura das sociedades, através de inúmeras interações sociais, normas e instituições, está afetando a saúde populacional e o que os governos e a saúde pública podem fazer sobre isto (WHO, 2010 p. 7).*

O quadro elaborado pela comissão teve como objetivo principal apontar os diferentes níveis de causação distinguindo os mecanismos através dos quais as hierarquias sociais são geradas e as condições da vida cotidiana que resultam dessas estruturas. O modelo elaborado propõe dois conjuntos de determinantes hierarquizados entre si: os determinantes estruturais ou macrosociais que, além do contexto socioeconômico e político, incluem as hierarquias sociais produzidas pela estrutura de classes sociais, gênero e etnia e a estratificação social segundo educação, ocupação e renda; e os determinantes intermediários que configuram o espaço da vida cotidiana com as circunstâncias materiais da vida e do trabalho, os comportamentos e os fatores psicossociais, além do sistema de saúde (WHO, 2010).

Quanto à ação política sobre as desigualdades sociais, a comissão de determinantes sociais em saúde propõe três grandes abordagens: a focalização nos grupos mais vulneráveis; a redução ou eliminação da brecha entre os grupos com a melhor e a pior posição social e enfrentamento do gradiente que atravessa a população toda. As estratégias propostas ressaltam a necessidade de consideração dos contextos, ação intersetorial e participação social com empoderamento dos movimentos e grupos sociais envolvidos. De modo geral, as políticas públicas poderiam ser classificadas, segundo seu alvo principal, em políticas dirigidas a mitigar os efeitos nocivos da estratificação social; políticas de redução de exposição a situações nocivas para a saúde; políticas para reduzir as vulnerabilidades de grupos cuja inserção social representa acúmulos de desvantagens ao longo da vida; e políticas para reduzir as consequências desiguais de adoecimento, sofrimen-

to e morte (WHO, 2010).

Dentre as críticas que apareceram após a divulgação dos dois documentos pela Organização Mundial da Saúde, duas questões se destacaram: a “naturalização” dos processos de distribuição dos determinantes sociais, como se os autores escamoteassem o caráter político dessas desigualdades e advogassem intervenções genéricas desconsiderando a importância das desigualdades sociais entre países e dentro de cada sociedade; e a questão do poder como elemento central na estruturação das sociedades e na raiz das distribuições desiguais empiricamente observadas.

As agendas políticas para enfrentar, por um lado, os determinantes sociais que produzem a saúde e a doença e, por outro, as desigualdades em saúde que resultam da distribuição desigual desses determinantes precisam ter caráter dual. As políticas de saúde precisam deslocar o foco dos resultados globais para a redução das desigualdades, o que exige estratégias distintas, visto que os enfoques massivos, embora extremamente efetivos na redução da mortalidade e da morbidade, resultando em melhor situação geral de saúde de uma população, não necessariamente coincidem com a redução das desigualdades, tendo em vista que a implementação das políticas em ambientes de extrema desigualdade social mostra diferentes graus e velocidades de impacto nas diferentes classes sociais. (Graham, 2004; Frolich e Potvin, 2008; Victora *et al.*, 2018; Barata, 2024)

Frolich e Potvin (2008) discutem as estratégias de focalização nos grupos de alto risco e as estratégias massivas que buscam alterar toda a distribuição dos determinantes na população geral, propondo a superação do paradoxo da equidade através da combinação de estratégias massivas e estratégias diversificadas para os diferentes grupos sociais segundo seu grau de vulnerabilidade. As autoras insistem na diferenciação entre a estratégia de alto risco e a estratégia baseada na vulnerabilidade. A população de alto risco é definida por medidas de exposições altas a fatores de risco específicos, enquanto a população vulnerável é definida pelo compartilhamento de características sociais que a tornam vulnerável a um conjunto de situações e circunstâncias de risco, ou seja, cuja posição social resulta em condições contextuais diferenciadas e mais nocivas na comparação com a população geral. O enfoque é posto nas causas fundamentais e não em exposições particulares, evidenciando dois processos relacionados: a trajetória de vida e a concentração de riscos que caracterizam esses grupos socialmente mais vulneráveis.

Diferentes autores criticaram a falta de protagonismo das relações de poder na análise dos processos de determinação. Raphael e Bryant (2015) enfatizam que tanto as desigualdades em saúde quanto as desigualdades sociais em geral são influenciadas pelas políticas públicas que têm a capacidade de moldar a qualidade e a distribuição dos determinantes sociais em saúde. Políticas públicas redistributivas resultantes de taxa progressiva ou da provisão direta de recursos, por exemplo, podem reduzir os efeitos nocivos da estratificação social sobre a saúde, ao passo que políticas regressivas terão o efeito inverso.

Autores europeus tendem a destacar o papel dos diferentes tipos de Estados de Bem-Estar como mediadores entre os determinantes sociais de saúde e sua distribuição na sociedade e os efeitos sobre a saúde. O papel do Estado na elaboração de políticas e provisão de serviços nas áreas sociais (educação, saúde, moradia, seguridade social, redução da pobreza, entre outras) pode ter consequências para a transformação das hierarquias socioeconômicas e culturais (Beckfield *et al.*, 2015).

Como as políticas públicas podem agir sobre a distribuição dos determinantes sociais mais do que sobre o nível médio de saúde na população? As instituições (leis, normas, políticas e agentes institucionais) podem afetar a distribuição de renda, riqueza e poder através de mecanismos de redistribuição direta, estabelecendo pisos salariais e medidas de valorização real dos salários, redistribuição indireta através de escolaridade e formação profissional, garantia de emprego e

salário-desemprego, auxílios variados para o enfrentamento de momentos de crise econômica, mudanças culturais nas relações entre gêneros e etnias etc. Além dos mecanismos redistributivos, os governos podem utilizar mecanismos de compressão ou mediação em favor de determinados segmentos sociais ou setores econômicos. Nos diferentes modelos de estado de bem-estar podem operar diferentes modelos de provisão de proteção social com efeitos bastante distintos sobre as desigualdades em saúde: os modelos baseados em coberturas universais, os modelos de seguridade social baseados em modelos atuariais e os modelos de focalização ou seleção baseados nas diferentes titularidades dos grupos sociais aos benefícios (Beckfield *et al.*, 2015).

Alguns autores vinculados à perspectiva marxista de organização da sociedade chamam a atenção para o papel secundário atribuído às classes sociais nos quadros referenciais dos determinantes sociais em saúde. É interessante, nesse sentido, comparar a versão inicial do quadro conceitual elaborado pela comissão de determinantes sociais em saúde divulgado como *draft paper* em 2007 e a versão final publicada em 2010. No primeiro documento, os determinantes estruturais eram as classes sociais, o poder, o prestígio e a discriminação que configuravam a estrutura de classes e a hierarquia social que se traduzia em posição socioeconômica. No segundo documento não são mencionadas as forças que definem a hierarquização, e todos os componentes apresentados são tratados como equivalentes.

Navarro (2009) lamenta o fato de as análises de classe social terem praticamente desaparecido do discurso científico, sendo consideradas por muitos como mero discurso ideológico, sem conteúdo científico. Nas análises sociológicas e políticas, as classes foram substituídas pela categoria *status* ou percepção objetiva/subjetiva da posição socioeconômica, cultural e política. O autor lembra que tanto Marx quanto Weber consideram as classes sociais como a principal categoria para explicar a distribuição de poder nas sociedades e é a luta de classes o principal motor das mudanças ocorridas nas sociedades.

No campo da saúde coletiva, nas pesquisas de desigualdades sociais em saúde coexistem três perspectivas distintas sobre as classes de acordo com as principais correntes sociológicas: conceito baseado na estratificação de indicadores de renda, escolaridade e ocupação ancorada na sociologia funcionalista; abordagens neoweberianas focadas em oportunidades e capacidades baseadas em credenciais educacionais e prestígio social; e abordagens neomarxistas embasadas nas relações de produção através da posse dos meios de produção e a dominação nos locais de trabalho através das formas de organização da produção (Muntaner, Ng, Chung e Prins, 2015).

Cada vez mais, o objetivo da equidade em saúde, pensada tanto com relação à distribuição dos determinantes sociais quanto na organização e oferta dos serviços e ações de saúde de modo a atender às necessidades diferenciais entre os grupos sociais, valoriza as questões relacionadas ao poder em suas diferentes dimensões. Buscar a equidade em saúde, ou seja, dar a cada um segundo a sua necessidade, obrigatoriamente passa pela redistribuição do poder, da riqueza e do prestígio, que determinam as condições da vida cotidiana.

As políticas públicas são capazes de influenciar a reorientação e redistribuição dos recursos sociais e do poder definindo assim as maiores ou menores chances de realização da equidade. Um dos principais empecilhos tem sido a falta de políticas intersetoriais efetivas que coloquem a saúde no seu horizonte de formulação e implementação. Não à toa, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde cunhou a máxima “saúde em todas as políticas” como a orientação principal para o alcance da redução das desigualdades sociais em uma geração (WHO, 2008).

A distribuição do poder político na sociedade está presente em todas as etapas de formulação e implementação de políticas públicas, refletindo-se na seleção dos problemas considerados na construção da agenda política, os aspectos a serem levados em conta na formulação e os meios de implementação. É importante considerar que o poder está sempre presente, de forma visível

ou invisível, atuando seja de modo coercitivo, manipulativo, colaborativo ou aumentando as capacidades de ação de determinados grupos (Friel *et al.*, 2021; McCartney *et al.*, 2021).

As relações de poder constituem uma das características essenciais das estruturas sociais. Elas remetem a negociações e lutas contínuas entre os grupos que ocupam diferentes posições nas hierarquias econômicas, sociais, culturais e políticas que sustentam toda a estrutura. Essas relações são permanentemente redesenhadas através de leis, políticas, normas, distribuição de recursos materiais e imateriais, práticas de governança etc. O espaço ocupado pelas instituições e pelos agentes sociais é a arena onde o poder é exercitado para manter ou modificar a estrutura social (Heller *et al.*, 2024).

Do ponto de vista das relações de poder, os determinantes estruturais de saúde poderiam ser definidos como as regras escritas e não escritas (consensuais, tradicionais, subconscientes) que criam, mantêm ou eliminam padrões hierárquicos duráveis da distribuição de vantagens ou desvantagens entre grupos socialmente construídos, e que de diferentes modos impactam a situação de saúde. Essas relações incluem valores, visões de mundo, crenças, cultura, normas, governança, leis, políticas, regulação, orçamentos e práticas institucionais (Heller *et al.*, 2024).

O poder não deve ser compreendido apenas na perspectiva do “poder sobre”, isto é, o poder exercido pelos grupos dominantes nas diferentes hierarquias que estruturam as sociedades (econômicas, de prestígio social, gênero, etnias, entre outras), mas também a partir da perspectiva do “poder para”, ou seja, aquele que se centra no empoderamento dos diferentes grupos sociais para o enfrentamento da dominação, na resistência a ser controlado pelos dominantes. Para compreender adequadamente as iniquidades em saúde (aquelas desigualdades injustas e injustificáveis) é importante compreender os mecanismos de poder e contrapoder em jogo nas arenas sociais (Reynolds e Galea, 2025).

Na última década também aumentou o interesse na compreensão dos chamados determinantes políticos e corporativos e seus efeitos sobre as desigualdades sociais em saúde. Tendo em vista o contexto da globalização e seus diversos efeitos sobre a saúde mundial, a questão de uma governança global para a saúde tem sido bastante debatida, necessidade que se tornou ainda mais evidente com a pandemia da covid-19, que, entre tantas outras coisas, evidenciou a ineficiência da Organização Mundial da Saúde e sua perda de liderança no cenário global.

Desde sempre os esforços da saúde pública no enfrentamento dos mais diversos problemas de saúde populacional se viram constrangidos pelo confronto com os interesses de agentes com maior acúmulo de poder, invocando questões como a salvaguarda da soberania, segurança nacional ou objetivos econômicos, em detrimento de ações necessárias para o enfrentamento de problemas coletivos de saúde (Ottersen *et al.*, 2014).

Segundo o posicionamento da Comissão sobre Governança Global em Saúde, há cinco disfunções no sistema de governança global com potencial de produzir efeitos nocivos sobre as desigualdades em saúde. O primeiro desses mecanismos é o déficit democrático, com participação insuficiente ou ausente da sociedade civil, dos profissionais de saúde e dos grupos vulneráveis nos processos de tomada de decisão no campo. O segundo são os mecanismos insuficientes de responsabilização e transparência dos agentes do campo político e das grandes corporações ante decisões desastrosas para a saúde global. O terceiro é a resistência das instituições na adoção de novas normas e na realização de mudanças no sentido de atenuar os efeitos adversos da concentração de poder na distribuição dos eventos de saúde. O quarto é a subordinação dos interesses da saúde diante dos interesses de outros campos (econômico e político na sua maioria) na arena de deliberação política. Finalmente, a ausência de instituições internacionais multilaterais capazes de promover e proteger a saúde (Ottersen *et al.*, 2014).

O sistema de política internacional criado após a Segunda Guerra foi sendo alterado com a

inclusão de diversos agentes (mercado financeiro, fundações privadas, organizações da sociedade civil, indivíduos com grande poder econômico e político), além da representação dos países membros, acentuando a assimetria de poder que já existia entre eles. O poder econômico desigual se reflete na distribuição assimétrica do poder político nas instâncias de decisão. Algumas organizações como Oxfam e Médicos sem Fronteiras, embora não sejam potências do ponto de vista econômico, têm grande poder normativo em relação a definir o que é ético, apropriado e socialmente aceitável, influenciando a governança global através de suas redes, acesso à mídia e representação pública (Ottersen *et al.*, 2014).

A Comissão identifica sete áreas para intervenção, buscando a redução das desigualdades em saúde vinculadas aos determinantes políticos. Primeira, adoção de políticas econômicas no enfrentamento da crise financeira que não sejam baseadas em medidas de austeridade, que se mostraram desastrosas em todos os países que as adotaram, mas na ampliação do investimento estatal nos setores sociais, que pode alavancar o desenvolvimento e a recuperação — exemplo: Islândia (Ottersen *et al.*, 2014).

Segunda, o enfrentamento das regras atuais de propriedade intelectual relativa à produção do conhecimento científico em saúde e à produção tecnológica de recursos materiais para o campo, buscando a redução dos custos e o aumento do acesso. Terceira, a proteção de tratados assinados no campo da saúde, como a convenção-quadro para o controle do tabagismo, contra as constantes investidas das grandes corporações produtoras de produtos do tabaco e outros produtos nocivos. Quarta, defesa da segurança alimentar contra os interesses do agronegócio e das grandes corporações industriais do setor de alimentos (Ottersen *et al.*, 2014).

Quinta, envolve a regulação das atividades das grandes corporações transnacionais que produzem danos à saúde humana e ao meio ambiente aproveitando-se da fragilidade ou inexistência de regulamentos potentes, principalmente nos países pobres e de renda média, valendo-se da sua condição de empresas transnacionais. Sexta, atendimento às necessidades básicas de saúde e inserção social dos migrantes irregulares, refugiados e deslocados internos. Sétima, ação humanitária e defesa da população civil nas áreas de violência armada, guerras entre países, guerras civis e áreas de atuação violenta de milícias e gangues, incluindo a preservação dos serviços de saúde e das equipes profissionais nas áreas de conflito (Ottersen *et al.*, 2014).

Trata-se de agenda ampla e importante do ponto de vista da saúde mundial, abarcando diferentes problemas que ultrapassam a ação setorial do campo da saúde coletiva e demandam articulação intersetorial e entre diferentes atores políticos que possam redirecionar seu poder político para intervenções com potencial de melhorar as condições de vida, aumentar o nível de saúde em geral e reduzir desigualdades sociais entre países e no interior dos países.

## EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

A epidemiologia constitui um dos eixos do campo da Saúde Coletiva, compartilhando também o duplo caráter de campo científico de produção de conhecimentos sobre a distribuição dos eventos de saúde e seus determinantes; e campo prático de desenvolvimento de políticas, programas, serviços e ações para a solução dos problemas.

A epidemiologia tem a responsabilidade de gerar conhecimentos sobre o processo saúde-doença com ênfase na distribuição populacional dos estados de saúde, doenças e causas de mortalidade e seus determinantes sociais, não apenas para aumentar o conhecimento sobre esses fenômenos, mas, fundamentalmente, para fornecer evidências científicas úteis para a formulação de políticas e estratégias de organização de programas e ações de promoção da saúde, prevenção de problemas específicos e controle de problemas de saúde (Barata, 2013).

Como uma disciplina do campo de práticas da Saúde Coletiva, a epidemiologia tem, portanto, o papel de identificar as questões de saúde importantes no âmbito populacional, fornecer evidências científicas sobre os determinantes de sua ocorrência e distribuição, elaborar arranjos tecnológicos para a implementação das intervenções e desenhar estratégias de avaliação dos impactos dessas intervenções sobre a saúde da população e dos diferentes grupos sociais (Barreto, 1998; Graham, 2004; Barata, 2013).

Muntaner e colaboradores (2009) destacam dez tópicos importantes para orientar a avaliação das intervenções promovidas no campo da Saúde Coletiva, envolvendo não apenas os estudos epidemiológicos, mas as demais disciplinas que atuam no campo. Os autores propõem estudar não apenas os espaços de ocorrência dos problemas, mas também os espaços de solução, ou seja, onde seria necessário atuar para modificar efetivamente as condições de produção dos problemas estudados; dispor de teorias potentes para compreender as potencialidades de impacto das políticas públicas mais além dos aspectos de viabilidade operacional das etapas de implementação; desenvolvimento de metodologias para avaliar os efeitos de “quase experimentos” naturais, como são as políticas públicas; ampliar a compreensão das possibilidades de generalização dos resultados obtidos em contextos particulares para outros assemelhados; compreender quais são as condições contextuais imprescindíveis para que as intervenções funcionem; estudar as diferentes possibilidades de difusão das inovações em diferentes contextos; formas de articulação de diferentes estratégias visando maximizar os efeitos e superar a hipótese da equidade inversa; desenhar arranjos que possam alcançar os grupos socialmente mais vulneráveis; e formular novos indicadores capazes de expressar corretamente as desigualdades sociais em saúde.

A relação entre a epidemiologia e as políticas públicas é demonstrada exemplarmente pelo trabalho liderado por Maurício Lima Barreto e a equipe do CIDACS (Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde) para a criação da coorte de 100 milhões de brasileiros visando integrar diferentes bases de dados sociais e de saúde para avaliar o impacto de políticas públicas de proteção social sobre a situação de saúde, utilizando dados individualizados. Basicamente, a coorte foi estabelecida a partir das famílias registradas no Cadastro Único (*CadÚnico*), criado pelo governo brasileiro, em 2001, para unificar os registros de beneficiários de programas sociais. Em 2018, o *CadÚnico* contava com informações de cerca de 130 milhões de brasileiros que, em algum momento, a partir de 2001, haviam solicitado algum dos benefícios sociais oferecidos pelo governo federal. A descrição dos procedimentos adotados e o perfil da coorte podem ser encontrados em artigo publicado pelos autores (Barreto *et al.*, 2022).

Como o *CadÚnico* mantém atualizados os dados das famílias pobres e extremamente pobres (< ½ salário-mínimo *per capita* ou renda total de até 3 salários mínimos), tanto para aqueles que obtiveram como para os que não obtiveram os benefícios solicitados, é possível estabelecer comparações entre os grupos de beneficiários e dos não beneficiários para estudar os impactos das políticas públicas de proteção social nessa parcela dos mais pobres, que correspondem a cerca de metade da população brasileira e são os alvos preferenciais das políticas estudadas (Barreto *et al.*, 2022).

A partir do processo de *linkage* dos bancos de dados sociais e dos bancos de dados do sistema de informações em saúde mantido pelo Ministério da Saúde, tem sido possível realizar inúmeros estudos com essa amostra imensa para obtenção de dados de diagnóstico de determinados problemas, características importantes dos problemas para a formulação e implementação de estratégias de ação e avaliação dos impactos das políticas de proteção social (Barreto *et al.*, 2022). A vantagem de contar com dados individualizados e longitudinais é fundamental para poder estabelecer os efeitos produzidos pelos programas analisados no perfil epidemiológico da população.

Para exemplificar as possibilidades de análise de impacto a partir de dados de registros populacionais, destacam-se estudos sobre o impacto de duas políticas públicas, uma setorial (Estratégia Saúde da Família) e outra de proteção social no contexto das políticas de combate à fome e redução da pobreza (Programa Bolsa Família) realizados na coorte de 100 milhões de brasileiros.

A Estratégia Saúde da Família é uma das políticas do Sistema Único de Saúde que tem os objetivos de universalizar a atenção primária no território nacional e ordenar o ingresso na rede de atenção segundo níveis de complexidade exigidos para o atendimento aos diferentes problemas de saúde. As equipes incluem, além de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e odontólogos, agentes comunitários de saúde que acompanham as famílias residentes nas áreas de cobertura e matriculadas nas unidades de atenção primária.

**Tabela 1. Comparativo dos resultados obtidos no programa de controle de tuberculose e aids segundo a cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios de residência, Brasil**

	Indicadores	Sem cobertura ESF (b)	Com cobertura ESF (a)	Risco relativo (a/b)
<b>AIDS</b>	Coorte 3.435.068 > 13 anos	605.890	2.829.178	
	2007 a 2015			
	Incidência	25,57 (23,71-27,58)	13,21 (12,65-13,80)	0,76 (0,68-0,84)
	Mortalidade	8,28 (7,25-9,45)	3,88 (3,58-4,20)	0,68 (0,56-0,82)
	Coorte 7.308.968	1.965.986	5.342.982	
<b>TUBERCULOSE</b>	2004 a 2013			
	Incidência	25,8	12,0	0,78 (0,72-0,84)
	Mortalidade	0,6	0,4	0,72 (0,55-0,94)
	Taxa de cura	83,3%	84,7%	1,04 (1,00-1,08)
	Letalidade	2,5	4,0	0,84 (0,55-1,30)

Obs: Incidência e mortalidade por 100 mil pessoas-ano e letalidade por 100 casos-ano de observação. Os dados entre parênteses representam os intervalos de confiança de 95% das estimativas.

Fonte: adaptado de Jesus et al., 2022; Pinto et al., 2024.

A Tabela 1 apresenta os impactos sobre a incidência e mortalidade por aids e a incidência, mortalidade, letalidade e taxa de cura para tuberculose para os indivíduos da coorte residentes em municípios sem cobertura ou com cobertura baixa da Estratégia Saúde da Família ou em municípios com 100% de cobertura. Os períodos de acompanhamento das coortes foram distintos em função da disponibilidade de dados para cada doença. Além das medidas de ocorrência, são apresentadas as medidas relativas (risco relativo) da comparação entre ocorrências nas áreas com cobertura completa e sem cobertura. Valores menores do que a unidade indicam diferença significativa em favor das áreas com cobertura completa, ou seja, redução do risco de ter tuberculose ou aids (incidência), morrer por tuberculose ou aids (mortalidade), morrer por tuberculose tendo tuberculose (letalidade) ou curar a tuberculose após tratamento (taxa de cura). Nos dois estudos foi observado que os efeitos foram mais pronunciados, ou seja, os benefícios foram maiores para os grupos mais desfavorecidos dessa população pobre (Jesus et al., 2022; Pinto et al., 2024).

O Programa Bolsa Família, criado em 2003, é um programa condicional de transferência de renda para domicílios pobres e extremamente pobres instituído pelo governo federal como uma das estratégias de combate à fome e redução da pobreza no país. O efeito do programa sobre a mortalidade na infância (crianças menores de 5 anos) foi avaliado após os primeiros seis anos de implementação do programa através de uma abordagem ecológica. Para essa primeira avaliação, os municípios brasileiros com estatísticas de mortalidade de qualidade (2853) foram incluídos e estratificados em quatro faixas correspondendo aos tercís de cobertura populacional (número de beneficiários/população total) e um grupo combinando cobertura populacional alta e 100% de cobertura da população-alvo (beneficiários/elegíveis) durante quatro anos consecutivos. Os efeitos sobre a mortalidade foram calculados através de análises multivariadas ajustadas por variáveis econômicas e sociais relevantes e pela cobertura da Estratégia Saúde da Família, permitindo captar os efeitos do programa independentemente dessas condições (Tabela 2) (Rasella, Aquino, Santos, Paes-Sousa e Barreto, 2013).

**Tabela 2. Riscos relativos da mortalidade na infância, ajustados por variáveis socioeconômicas e por estratos de cobertura do programa Bolsa Família e da estratégia Saúde da Família, Brasil, 2004–2009**

Cobertura PBF	Ajuste socioeconômico	Ajuste cobertura ESF
Baixa (<17,1% população)	1,00	1,00
Intermediária (17,2–32,0% pop.)	0,93 (0,91-0,95)	0,94 (0,92-0,96)
Alta (>32,0% população)	0,86 (0,83-0,89)	0,88 (0,85-0,91)
Consolidada (>32,0%+100% elegíveis)	0,81(0,76-0,85)	0,83 (0,79-0,88)

Obs: os valores entre parênteses correspondem aos intervalos de confiança de 95% das estimativas.

Fonte: adaptado de Rasella *et al.*, 2013.

Os dados mostram relação inversamente proporcional entre as taxas de mortalidade na infância e a cobertura pelo programa. No nível de cobertura intermediária já é possível observar redução de 7% em comparação com os municípios com cobertura baixa, passando para 14% nos municípios com cobertura alta e 19% naqueles com cobertura consolidada. Controlando os dados por outras variáveis socioeconômicas e pela cobertura da Estratégia Saúde da Família que poderiam confundir as associações observadas, praticamente os dados não sofrem alteração, demonstrando o efeito direto do Bolsa Família. Os efeitos foram ainda maiores para a mortalidade por causas associadas com a desnutrição (redução de 65% no estrato de cobertura consolidada) e diarreias (redução de 53%), duas causas importantes nas situações de maior vulnerabilidade social (Rasella *et al.*, 2013).

Os estudos comparando a ocorrência de diferentes problemas de saúde na coorte passaram a ser feitos utilizando um recurso metodológico importante para que o grupo de comparação (não beneficiários) fosse comparável ao grupo de estudo (beneficiários). O recurso utilizado foi a ponderação dos dados pelo *propensity score*, um valor que mede a probabilidade de cada indivíduo ser beneficiário. Desse modo, controlam-se potenciais variáveis de confusão, permitindo “isolar” o efeito de ser beneficiário como principal diferença entre os grupos, criando as condições para a análise do impacto do programa em si.

**Tabela 3. Medidas de efeito da comparação entre beneficiários e não beneficiários do programa Bolsa Família para vários desfechos de saúde, coorte de 100 milhões de brasileiros, Brasil**

<b>Desfechos de saúde</b>	<b>Risco Relativo</b>
<b>Adesão ao tratamento de hanseníase (11.4546 casos)</b>	
Total	1,22 (1,01-1,48)
Casos paucibacilares (tuberculosa)	1,37 (0,98-1,91) <sup>NS</sup>
Casos multibacilares (lepromatosa)	1,37 (1,08-1,74)
Casos < 15 anos	1,55 (0,89-2,68) <sup>NS</sup>
<b>Taxa de cura epidemiológica de hanseníase</b>	
Total	1,26 (1,01-1,58)
Casos paucibacilares	1,12 (0,75-1,67) <sup>NS</sup>
Casos multibacilares	1,43 (1,09-1,90)
Casos < 15 anos	1,57 (0,83-2,97) <sup>NS</sup>
<b>Mortes prematuras (4.855.324 pessoas 30 a 69 anos)</b>	
Mortalidade prematura por todas as causas	0,96 (0,94-0,98)
Mortalidade prematura por doenças cardiovasculares	0,96 (0,92-1,00)
Mortalidade prematura nos municípios com pior SSE	0,82 (0,78-0,87)
<b>Suicídio (76.532.152 indivíduos 10 anos e mais)</b>	
Homens	0,46 (0,44-0,48)
Mulheres	0,36 (0,33-0,38)
10 a 24 anos	0,45 (0,43-0,48)
25 a 59 anos	0,41 (0,40-0,43)
60 anos e mais	0,52 (0,46-0,60)
<b>Mortalidade Materna (6.677.273 mulheres 10 a 49 anos)</b>	
1 a 4 anos de benefício	0,85 (0,75-0,97)
5 a 8 anos de benefício	0,70 (0,60-0,82)
9 anos e mais de benefício	0,69 (0,53-0,88)
<b>Mortalidade por câncer de mama (21.680.930 mulheres 18 a e mais)</b>	
Alta segregação espacial por renda	1,18 (1,13-1,24)
Média segregação espacial por renda	1,08 (1,03-1,12)
Não beneficiárias	1,17 (1,12-1,22)
Não beneficiárias + alta segregação espacial por renda	1,24 (1,14-1,34)
<b>Tuberculose (54.571.434 pessoas e 159.777 casos)</b>	
Incidência	0,59 (0,58-0,60)
Mortalidade	0,69 (0,65-0,73)

Incidência em indígenas	0,37 (0,32-0,42)
Mortalidade em indígenas	0,35 (0,20-0,62)
Incidência em pardos e pretos	0,58 (0,57-0,59)
Mortalidade em pardos e pretos	0,69 (0,64-0,73)
Incidência em extrema pobreza	0,49 (0,49-0,50)
Mortalidade em extrema pobreza	0,60 (0,55-0,65)

Fonte: adaptado de *Pescarini et al., 2020; Pescarini et al., 2022; Machado et al., 2022; Alves et al., 2023; Guimarães et al., 2024; Jesus et al., 2025.*

A Tabela 3 apresenta as medidas de efeito da comparação entre o grupo de beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família para diferentes desfechos em saúde, incluindo adesão ao tratamento de hanseníase e cura epidemiológica; mortes prematuras (entre os 30 e 69 anos de idade) por todas as causas e por doenças cardiovasculares; suicídios segundo gênero e idade; mortalidade materna segundo tempo de recebimento do benefício; mortalidade por câncer de mama segundo residência em áreas com diferentes graus de segregação espacial por renda; incidência e mortalidade por tuberculose segundo raça/etnia e extrema pobreza. De modo geral, ser beneficiário acarretou redução nos riscos dos eventos considerados, exceto para adesão ao tratamento e cura por hanseníase nos casos paucibacilares (forma tuberculosa) e em menores de 15 anos em que as estimativas por ponto mostram risco maior para os não beneficiários, mas sem significância estatística.

Em todos os estudos selecionados, há um achado comum relativo ao efeito do Programa Bolsa Família: os efeitos são mais intensos entre os grupos em piores condições relativas, ou seja, o efeito do benefício é maior quanto pior a situação socioeconômica do beneficiário, reforçando assim a importância dessa política de proteção social.

## DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

O professor Vicente Navarro (2009), ao comentar o relatório da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da OMS, chamou a atenção para a questão que ele considerava a mais desafiadora para a implementação de políticas destinadas a reduzir as desigualdades em saúde entre países e no interior de cada um deles: a política neoliberal predominante nos países ocidentais. Segundo ele, a ideologia neoliberal esconde, sob falsas alegações, a mudança importante ocorrida na natureza das intervenções do Estado, cujo foco deixou de ser o bem-estar da sociedade para atender aos interesses econômicos das grandes corporações sempre ameaçadas pelas crises do sistema capitalista, e ainda mais pronunciadas no capitalismo financeiro que se instalou a partir da década de 1980, aprofundando as desigualdades na distribuição da riqueza e do poder em todo o mundo.

Navarro (2009) demonstra com uma série de dados que, ao contrário do que prega a cartilha neoliberal, o poder e a participação do Estado não diminuíram, estando cada vez mais ativos na transferência dos recursos orçamentários para tamponar as crises econômicas, transferindo recursos da sociedade para os agentes financeiros.

A aplicação do ideário neoliberal nas políticas de saúde se traduz em um novo ambiente político no qual se enfatiza a necessidade de reduzir a responsabilidade do Estado pela saúde po-

pulacional, transformar os sistemas nacionais de saúde em sistemas securitários enfatizando a livre escolha e o papel do mercado no provimento dos cuidados; privatizar a assistência médica em todos os níveis de complexidade do sistema; substituição do planejamento pelo livre funcionamento do mercado com enfraquecimento das instâncias reguladoras; responsabilização e culpabilização dos indivíduos pela sua saúde; compreensão da promoção da saúde como simples mudança de hábitos e comportamentos individuais ocultando o papel que as grandes corporações (tabaco, álcool, alimentos) exercem sobre as escolhas individuais (Navarro, 2009).

Assim, a nova ordem econômica aprofunda as desigualdades sociais e seus efeitos negativos sobre a saúde populacional e simultaneamente enfraquece e desmonta as políticas de seguridade social e de saúde, tornando ainda mais difícil o enfrentamento dos problemas no âmbito populacional. As políticas de austeridade provocam estagnação no crescimento, comprometendo e atrasando o desenvolvimento nos países de renda média ou média alta e empobrecendo significativamente os países de renda baixa.

A política nacional de saúde deveria focar na distribuição desigual dos determinantes sociais, econômicos e políticos, considerar os determinantes culturais, intervir nas condições e ambientes de trabalho, proteger o meio ambiente reduzindo as contaminações, defender os consumidores, garantir condições seguras e favoráveis ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, proteção aos idosos e qualidade da assistência à saúde (Navarro, 2009). O sistema de saúde precisa ainda estruturar as ações de vigilância epidemiológica, controle de doenças, enfrentamento a epidemias e preparação para desastres e catástrofes.

O ambiente adverso estabelecido pelo predomínio das políticas neoliberais torna difícil definir responsabilidades e apontar as interferências que resultam em mudanças nocivas na distribuição dos eventos de saúde (Friel, 2021). O poder estrutural permeia todo o processo de elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas, estabelecendo as regras do jogo e definindo quem tem poder para participar dele. O espaço de tomada de decisão nos governos é permanentemente constrangido pela ação política dos diferentes agentes sociais que buscam impor seus interesses, definindo agendas favoráveis e excluindo os temas que podem desafiar as assimetrias de poder. A primazia do “mercado” e a supremacia do Estado resultam em políticas que solapam as condições necessárias para a construção da equidade nas diferentes políticas, abuso em relação aos direitos humanos e implementação de políticas excludentes e marginalizadoras dos grupos vulneráveis (Friel, 2021).

Ao panorama negativo do neoliberalismo, mais recentemente vem se somar a ressurgência dos movimentos ultraconservadores dos grupos de extrema direita, fascistas e os regimes com tendências totalitárias. Esses movimentos compartilham elementos ideológicos comuns: consideram as iniquidades como algo intrínseco à “natureza humana” e que, portanto, não precisam de correção; defendem o aumento do poder e do privilégio de certas camadas da elite, considerando que os mesmos são legitimamente alcançados como recompensa aos investimentos realizados; defesa das políticas neoliberais que aumentam as injustiças sociais e a iniquidade; ideias e comportamentos discriminatórios (racismo, homofobia, transfobia, misoginia), fragmentação da coesão social através da polarização, medo e ruptura; negação de evidências científicas; agenda antiambiental (March *et al.*, 2025).

A extrema direita supõe um grande risco de regressão nas políticas sociais, na defesa dos direitos humanos e no reconhecimento da diversidade como algo positivo que contribui para maior coesão social e melhores condições de saúde.

Portanto, o domínio das políticas neoliberais, associado ao ressurgimento da extrema direita com seu autoritarismo, discriminação, divisionismo, violência e negacionismo, criam um ambiente contrário àquilo que caracteriza o *ethos* e o compromisso da saúde coletiva com a melho-

ria geral das condições de vida e saúde e a luta contra as desigualdades sociais em saúde e seus efeitos deletérios.

## REFERÊNCIAS

ALVES, F. J. O.; RAMOS, D.; PAIXÃO, E. S.; FALCÃO, I. R.; RIBEIRO-SILVA, R. C.; FIACCONE, R.; RASELLA, D.; TEIXEIRA, C.; MACHADO, D. B.; ROCHA, A.; ALMEIDA, M. F.; GOES, E. F.; RODRIGUES, L. C.; ISHIARA, M. Y.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L. Association of conditional cash transfers with maternal mortality using the 100 million Brazilian cohort. *JAMA Network Open*, v. 6, n. 2, e230070, 2023.

BARATA, R. B. Epidemiologia e políticas públicas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2013.

BARATA, R. B. O campo científico da saúde coletiva. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 473-486, 2022.

BARATA, R. B. *Práticas epidemiológicas nos serviços de saúde: arranjos tecnológicos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2024.

BARRETO, M. L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 2, p. 104-130, 1998.

BARRETO, M. L.; ICHIHARA, M. Y.; PESCARINI, J. M.; ALI, M. S.; BORGES, G. L.; FIACCONE, R. L.; RIBEIRO-SILVA, R. C.; TELES, C. A.; ALMEIDA, D.; SENA, S.; CARREIRO, R. P.; CABRAL, L.; ALMEIDA, B. A.; BARBOSA, G. C. G.; PITA, R.; BARRETO, M. E.; MENDES, A. A. F.; RAMOS, D. O.; BRICKLEY, E. B.; BISPO, N.; MACHADO, D. B.; PAIXÃO, E. S.; RODRIGUES, L. C.; SMEETH, L. Cohort profile: the 100 million Brazilian Cohort. *International Journal of Epidemiology*, v. 51, n. 2, p. e27-e38, 2022.

BECKFIELD, J.; BAMBRA, C.; EIKEMO, T. A.; HUIJTS, T.; MCNAMARA, C.; WENDT, C. An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Social Theory & Health*, v. 13, n. 3-4, p. 227-244, 2015.

FRIEL, S.; TOWNSEND, B.; FISHER, M.; HARRIS, P.; FREEMAN, T.; BAUM, F. Power and the people's health. *Social Science & Medicine*, v. 282, 114173, 2021.

FROLICH, K. L.; POTVIN, L. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 2, p. 216-221, 2008.

GRAHAM, H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy. *Milbank Quarterly*, v. 82, n. 1, p. 101-124, 2004.

GUIMARÃES, J. M. N.; PESCARINI, J. M.; SOUSA FILHO, J. F.; FERREIRA, A.; ALMEIDA, M. C. C.; GABRIELI, L.; SANTOS-SILVA, I.; SANTOS, G.; BARRETO, M. L.; AQUINO, E. M. L. Income segregation, conditional cash transfer, and breast cancer mortality among women in Brazil. *JAMA Network Open*, v. 7, n. 1, e2353100, 2024.

- HELLER, J. C.; GIVENS, M. L.; JOHNSON, S. P.; KINDIG, D. A. Keeping it political and powerful: defining the structural determinants of health. *The Milbank Quarterly*, v. 102, n. 2, p. 351-366, 2024.
- JESUS, G. S.; PESCARINI, J. M.; SILVA, A. F.; TORRENS, A.; CARVALHO, W. M.; PINTO JR., E. P.; ICHIHARA, M. Y.; BARRETO, M. L.; REBOUCAS, P.; MACINKO, J.; SANCHEZ, M. N.; RASELLA, D. The effect of primary health care on tuberculosis in a nationwide cohort of 7.3 million Brazilian people: a quasi-experimental study. *Lancet Global Health*, v. 10, p. e390-e397, 2022.
- JESUS, G. S.; GESTAL, P. F. P. S.; SILVA, A. F.; CAVALCANTI, D. M.; LUA, I.; ICHIARA, M. Y.; BARRETO, M. L.; BOCCIA, D.; SANCHEZ, M. N.; ROSELLA, D. Effects of conditional cash transfers on tuberculosis incidence and mortality according to race, ethnicity and socioeconomic factors in the 100 million Brazilian cohort. *Nature Medicine*, v. 31, p. 653-662, 2025.
- LAURELL, A. C. Social analysis of Collective Health in Latin America. *Social Science & Medicine*, v. 28, n. 11, p. 1183-1191, 1989.
- MACHADO, D. B.; WILLIAMSON, E.; PESCARINI, J. M.; ALVES, F. J. O.; CASTRO-DE-ARAÚJO, L. F. S.; ICHIHARA, M. Y.; RODRIGUES, L. C.; ARAYA, R.; PATEL, V.; BARRETO, M. L. Relationship between the Bolsa Familia national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: a quasi-experimental study. *PLoS Medicine*, v. 19, n. 5, e1004000, 2022.
- MARCH, S. et al. Potential global effects of the rise of the far right on public health. *American Journal of Public Health*, v. 115, n. 6, p. 873-882, 2025.
- MARKS, J. S. Epidemiology, public health and public policy. *Preventing Chronic Diseases*, v. 6, n. 4, A134, 2009. Disponível em: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/09\\_0110.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/09_0110.htm). Acesso em: 02 jan. 2026.
- MCCARTNEY, G.; DICKIE, E.; ESCOBAR, O.; COLLINS, C. Health inequalities, fundamental causes and power: towards the practice of good theory. *Sociology of Health & Illness*, v. 43, n. 1, p. 20-39, 2021.
- MUNTANER, C.; SRIDHARAN, S.; SOLAR, O.; BENACH, J. Against unjust global distribution of power and money: the report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Journal of Public Health Policy*, v. 30, n. 2, p. 163-175, 2009.
- MUNTANER, C.; NG, E.; CHUNG, H.; PRINS, S. J. Two decades of neo-Marxist analysis and health inequalities: a critical reconstruction. *Social Theory & Health*, v. 13, n. 3-4, p. 267-287, 2015.
- NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health? *International Journal of Health Services*, v. 39, n. 3, p. 423-441, 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; PINTO, I. C. M.; BARRETO, M. L. Saúde é democracia: diversidade, equidade e justiça social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, e00009523, 2023.

OTTERSEN, O. P.; DASGUPTA, J.; BLOUIN, C.; BUSS, P.; CHONGSUVIVATWONG, V.; FRENK, J.; FUKUDA-PARR, S.; GAWANAS, B. P.; GIACAMAN, R.; GYAPONG, J.; LEANING, J.; MARMOT, M.; MCNEILL, D.; MONGELLA, G. I.; MOYO, N.; MØGEDAL, S.; NTSALUBA, A.; OOMS, G.; BJERTNESS, E.; LIE, A. L.; MOON, S.; ROALKVAM, S.; SANDBERG, K. I.; SCHEEL, I. B. The political origins of health inequality: prospects for change. *The Lancet*, v. 383, p. 630–667, 2014.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PESCARINI, J. M.; WILLIAMSON, E.; NERY, J. S.; RAMOND, A.; ICHIHARA, M. Y.; FIACCONE, R. L.; PENNA, M. L. F.; SMEETH, L.; RODRIGUES, L. C.; PENNA, G. O.; BRICKLEY, E. B.; BARRETO, M. L. Effect of a conditional cash transfer programme on leprosy treatment adherence and cure in patients from the nationwide 100 million Brazilian cohort. *Lancet Infectious Diseases*, v. 20, p. 618–627, 2020.

PESCARINI, J. M.; CAMPBELL, D.; AMORIM, L. D.; FALCÃO, I. R.; FERREIRA, A. J. F.; ALLIK, M.; SHAW, R. J.; MALTA, D. C.; ALI, M. S.; SMEETH, L.; BARRETO, M. L.; LEYLAND, A.; CRAIG, P.; AQUINO, E. M. L.; KATIKIREDDI, S. V. Impact of Brazil’s Bolsa Família Programme on cardiovascular and all-cause mortality: a natural experiment study using the 100 million Brazilian cohort. *International Journal of Epidemiology*, v. 51, n. 6, p. 1847–1861, 2022.

PINTO, P. F. P. S.; MACINKO, J.; SILVA, A. F.; LUA, I.; JESUS, G.; MAGNO, L.; TELES SANTOS, C. A. S.; ICHIHARA, M. Y.; BARRETO, M. L.; MOUCHERAUD, C.; SOUZA, L. E.; DOURADO, I.; RASELLA, D. The impact of primary health care on AIDS incidence and mortality: a cohort study of 3.4 million Brazilians. *PLoS Medicine*, v. 21, n. 7, e1004302, 2024.

RAPHAEL, D.; BRYANT, T. Power, intersectionality and the life-course: identifying the political and economic structures of welfare states that support or threaten health. *Social Theory & Health*, v. 13, p. 245-266, 2015.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C. A. T.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M. L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*, v. 382, p. 57-64, 2013.

REYNOLDS, M. M.; GALEA, S. Advancing the study of power: opportunities and priorities for understanding population health inequities. *American Journal of Public Health*, v. 115, n. 5, p. 883-889, 2025.

VICTORA, C. G.; JOSEPH, G.; SILVA, I. C. M.; MAIA, F. S.; VAUGHAN, J. P.; BARROS, F. C.; BARROS, A. J. D. The inverse equity hypothesis: analysis of institutional deliveries in 286 national surveys. *American Journal of Public Health*, v. 108, n. 4, p. 464–471, 2018.

WHO COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2010.