REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS, POTENCIALIDADES E O PAPEL DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL: CHALLENGES, POTENTIALITIES, AND THE ROLE OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN BRASIL: DESAFÍOS, POTENCIALIDADES Y EL PAPEL DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Daniel Virginio[1], Eline das Flores Victer[2]

e6116967
https://doi.org/10.47820/recima21.v6i11.6967

PUBLICADO: 11/2025

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão sobre as políticas públicas em saúde no Brasil, examinando seu papel como vetor de mudança social, de redução das desigualdades e de enfrentamento das vulnerabilidades. Partindo de uma análise do cenário da saúde pública nacional, com enfoque nas percepções e desafios enfrentados pela Medicina de Família e Comunidade (MFC), discute-se a interface entre a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) e as complexas dinâmicas sociais, econômicas e políticas contemporâneas. Para tanto, a abordagem metodológica utilizada foi a revisão de literatura. Assim, buscou-se compreender as possibilidades e os limites das intervenções estatais e da atuação das forças sociais democráticas para promover inclusão, equidade e a construção de uma sociedade menos desigual. A abordagem interdisciplinar, articula perspectivas que vão desde a gestão da saúde até as vivências dos profissionais e usuários, utilizando a vasta bibliografia existente na dissertação original para fundamentar a argumentação e enriquecer o debate sobre o tema, considerando os avanços e dilemas oriundos de processos que envolvem disputas entre diferentes atores sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas. Saúde pública. Medicina de família e comunidade.

ABSTRACT

This article proposes a reflection on public health policies in Brazil, examining their role as drivers of social change, reduction of inequalities, and response to vulnerability. Beginning with an analysis of the national public health landscape—with a focus on the perceptions and challenges faced by Family and Community Medicine (FCM)—the article discusses the interface between the structure of the Unified Health System (SUS) and the complex contemporary social, economic, and political dynamics. The methodological approach used was a literature review. The aim was to understand the possibilities and limitations of state interventions and the actions of democratic social forces in promoting inclusion, equity, and the construction of a less unequal society. The interdisciplinary approach brings together perspectives ranging from health management to the lived experiences of professionals and users. It draws on the extensive bibliography of the original dissertation to support the argument and enrich the debate, taking into account the advances and dilemmas arising from processes involving disputes among different social actors.

KEYWORDS*: Public Policies. Public Health. Family and community medicine.*

[1] https://orcid.org/0000-0002-1274-2971. Médico da família da Prefeitura Municipal de Queimados. Graduado em Medicina, Pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade (Unirio), especialista em Docência Superior (Unigranrio), Doutor Honoris Causa (Faculdade Formação Brasileira e Internacional de Capelania), Mestrando em Ensino, Ciências e Saúde (Unigranrio).
[2] https://orcid.org/0000-0003-1377-9968. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde (PPGECIS/Unigranrio).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

RESUMEN
Este artículo reflexiona sobre las políticas públicas de salud en Brasil, analizando su papel como motor de cambio social, reducción de desigualdades y enfrentamiento de vulnerabilidades. A partir de una revisión de literatura, se examina el panorama de la salud pública nacional, con énfasis en los desafíos y percepciones de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC). Se discute la relación entre la estructura del Sistema Único de Salud (SUS) y las dinámicas sociales, económicas y políticas contemporáneas. El estudio busca comprender los alcances y límites de las intervenciones estatales y de las fuerzas democráticas en la promoción de inclusión, equidad y justicia social. Desde una perspectiva interdisciplinaria, se articulan enfoques que abarcan la gestión de la salud, las experiencias de los profesionales y las vivencias de los usuarios. La discusión se apoya en una amplia base bibliográfica que permite analizar los avances, tensiones y dilemas resultantes de los procesos que involucran disputas entre diferentes actores sociales.

PALABRAS CLAVE: *Políticas públicas. Salud pública. Medicina familiar y comunitária.*

INTRODUÇÃO

A saúde é, intrinsecamente, um direito humano fundamental e um pré-requisito para a plenitude da vida em sociedade. No Brasil, essa premissa foi constitucionalmente materializada na Carta Magna de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Tal medida culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, representa uma das mais audaciosas políticas públicas de saúde do mundo, almejando garantir o acesso irrestrito a todas as ações e os serviços de saúde, independentemente da condição socioeconômica do cidadão (Brasil, 1988).

Contudo, a efetivação plena desse direito e a consolidação do SUS como uma política pública transformadora, capaz de impulsionar a mudança social e a redução de desigualdades, têm sido um percurso marcado por intensos desafios e disputas. Este artigo, reescrito e expandido a partir da seção 2.2 da dissertação “Medicina de Família e Comunidade: como as percepções dos alunos influenciam a formação e a relevância da especialidade”, pesquisa desenvolvida na Universidade Unigranrio/AFYA que se encontra em andamento, propõe-se a aprofundar o debate sobre a saúde pública brasileira sob a ótica das políticas públicas e da mudança social.

Nesse sentido, entende-se a saúde pública é compreendida não apenas como um conjunto de serviços assistenciais, mas também como um intrincado campo de ação e de poder, onde as políticas públicas se configuram como instrumentos cruciais para a superação de vulnerabilidades e a promoção da equidade em suas múltiplas dimensões. Assim, a Medicina de Família e Comunidade (MFC), com sua abordagem abrangente, centrada na pessoa e no território, emerge como uma estratégia essencial para a materialização dos princípios do SUS e, por extensão, para o fomento da mudança social.

Desse modo, o presente estudo se insere no panorama de debates sobre os avanços e dilemas sociais no século XXI, analisando como a área da saúde se manifesta nesse cenário complexo de transformações e resistências. Assim, serão exploradas as dinâmicas que

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

impulsionam e freiam as mudanças inclusivas, bem como a atuação política das forças democráticas, tanto no interior quanto no exterior das instituições, na busca por um sistema de saúde mais justo e equitativo. A metodologia empregada baseia-se em uma revisão crítica da literatura acadêmica e adota uma perspectiva interdisciplinar, permitindo a articulação de conhecimentos da saúde coletiva, sociologia das políticas públicas, gestão em saúde e educação médica. Isso possibilita uma compreensão multifacetada dos desafios e potencialidades da saúde como motor de mudança social, considerando as disputas entre diferentes coalizões, corporações, movimentos sociais e institutos de pesquisa.

Na sequência, a fundamentação teórica contextualizará o SUS e as políticas de saúde no panorama social, político e econômico brasileiro. O desenvolvimento do tema, por sua vez, explorará os desafios persistentes na saúde pública, o papel estratégico da MFC nesse cenário de transformação e a intrínseca relação entre a concepção e implementação das políticas de saúde e as dinâmicas da mudança social. Por fim, as considerações finais sintetizarão as reflexões apresentadas, apontando para as implicações práticas e teóricas da pesquisa, além de sugerir futuras direções para estudos e intervenções que fortaleçam a saúde como um catalisador de equidade e justiça social.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. O SUS como política de Estado e o compromisso com a mudança social

A política de saúde no Brasil contemporâneo é indissociável da gênese e evolução do SUS. Concebido na esteira do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e inscrito na Constituição Federal de 1988, o SUS representa uma das mais significativas políticas sociais do país e uma referencial global em saúde pública. Sua criação simbolizou uma ruptura com o modelo preexistente, excludente e fragmentado, para consagrar a saúde como um direito universal, inalienável e um dever indelegável do Estado (Brasil, 1988; Paim, 2015).

Os princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e equidade – constituem sua base de atuação. A universalidade garante o acesso à saúde para todos, sem distinção; a integralidade preconiza o cuidado completo, da promoção à recuperação e reabilitação, assistindo o indivíduo em suas múltiplas dimensões e necessidades; e a equidade busca reduzir as desigualdades, priorizando quem mais precisa, “tratando desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades” (Brasil, 1988; Paim, 2015). Além desses, os princípios organizativos – descentralização, regionalização, hierarquização e participação social – são fundamentais para a gestão e operacionalização do sistema, pois promovem a autonomia dos entes federados e o controle social da política de saúde (Mendes, 2019).

Entretanto, a implementação do SUS não tem seguido um trajeto linear, mas sim um campo de tensões e permanentes desafios. O subfinanciamento crônico é, talvez, o mais evidente

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

obstáculo, uma vez que compromete a expansão e a qualidade dos serviços. Por conseguinte, a complexidade da gestão tripartite (União, Estados e Municípios), a disparidade regional na capacidade de oferta de serviços, a carência de recursos humanos qualificados em certas áreas e a persistência de iniquidades sociais e regionais na saúde são fatores que limitam a plena efetivação dos ideais do sistema (Mendes, 2019; Paim, 2015; Mello *et al*., 2017). Segundo Paim (2018, p. 1725),

> Em termos ideológicos, os valores dominantes na sociedade brasileira tendem mais para a diferenciação, o individualismo e a distinção do que para a solidariedade, a coletividade e a igualdade. Esse aspecto negativo é agravado pelas limitadas bases sociais e políticas do SUS que não conta com a força de partidos, nem com o apoio de trabalhadores organizados em sindicatos e centrais para a defesa do direito à saúde inerente à condição de cidadania, tal como ocorrera em países europeus que optaram pelo Estado de Bem-Estar Social.

Nesse sentido, as políticas públicas podem ser consideradas um espaço de mudança social, que fomente a redução das desigualdades e vulnerabilidades sociais? No caso do SUS, a resposta é afirmativa, mas complexa. O sistema, como uma política pública de grande envergadura, tem o potencial de ser um poderoso vetor de transformação social ao intervir diretamente nas condições de vida da população, impactando positivamente indicadores como mortalidade infantil, expectativa de vida e controle de doenças transmissíveis (Barreto, 2017; Santos *et al*., 2023). Contudo, essa mudança não é um processo automático; antes, ela é moldada por interações delicadas entre o Estado, a sociedade civil organizada, movimentos sociais, o setor privado e a academia, todos em disputa num constante jogo de forças e interesses (Piana, 2009; Souza, 2006).

Quando aplicada à saúde, a perspectiva da mudança social transcende a mera oferta de assistência médica, pois implica a capacidade de as políticas públicas agirem sobre os determinantes sociais da saúde – ou seja, fatores não médicos que influenciam as condições de saúde de indivíduos e comunidades, como renda, educação, habitação, saneamento básico, alimentação e condições de trabalho. A saúde é, nesse sentido, tanto um resultado quanto um vetor dessas condições. Políticas de saúde eficazes devem, portanto, dialogar e se articular com outras políticas setoriais, a fim de romper o ciclo de reprodução das desigualdades (Barreto, 2017; Monken; Barcellos, 2005).

Assim, a intersetorialidade, é imperativa. Ao promover a saúde e a prevenção de doenças, é imprescindível que haja coordenação de esforços com áreas como educação, assistência social, meio ambiente, segurança alimentar e urbanismo. Dessa forma, compreender que os problemas de saúde não se restringem ao âmbito biomédico, mas são reflexo de condições sociais mais amplas, é o primeiro passo para a construção de políticas públicas verdadeiramente transformadoras. Nesse sentido, pode-se dizer que a superação dos desafios persistentes na

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

saúde brasileira depende da capacidade de o Estado e a sociedade civil construírem e implementarem respostas integradas e multisetoriais (Monken; Barcellos, 2005; Pereira, 2021).

Com base na análise das políticas públicas em saúde no Brasil, algumas perguntas surgiram no decorrer desta escrita: quais as dinâmicas de resistência às mudanças inclusivas sócio e economicamente? Como as forças sociais democráticas atuam politicamente, dentro e fora das instituições, para a construção de uma sociedade menos desigual? Tais questões fundamentam a análise que se segue, aprofundando o papel da Medicina de Família e Comunidade como um dos pilares para o avanço da saúde pública e da mudança social no país, em um contexto de constantes tensões, contradições, reviravoltas e evoluções.

2. MÉTODOS

2.1. A revisão integrativa como abordagem para a compreensão das políticas públicas em saúde

Este artigo, reescrito e expandido a partir de um capítulo de dissertação, conforme mencionado acima, adota uma abordagem metodológica de revisão integrativa da literatura acadêmica. A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados, tanto empíricos quanto teóricos, com o objetivo de construir uma compreensão abrangente de um determinado fenômeno. Essa metodologia possibilita a combinação de dados de diversas naturezas, como resultados de pesquisas, teorias e conceitos, para gerar novas perspectivas sobre o tema investigado. Ao contrário de outras revisões, a integrativa busca uma análise aprofundada e crítica, permitindo a inclusão de diferentes delineamentos de pesquisa e a formulação de conclusões amplas sobre o conhecimento existente (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A escolha da revisão integrativa justifica-se pela complexidade do tema “Políticas públicas em saúde no Brasil: desafios, potencialidades e o papel da Medicina de Família e Comunidade na promoção da mudança social no século XXI”. De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010, p. 102):

> Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Nesse sentido, a abordagem permitiu articular conhecimentos da saúde coletiva, da sociologia das políticas públicas, da gestão em saúde e da educação médica, possibilitando, assim, uma compreensão multifacetada dos desafios e potencialidades da saúde como motor de mudança social.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A fundamentação para a sistematizar o processo de revisão da literatura, incluindo as etapas metodológicas para a condução de estudos de síntese, encontra apoio em autores referências na área. O artigo de Mendes, Silveira e Galvão (2008), intitulado “Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na prática de saúde e enfermagem”, é um referencial crucial para compreender e aplicar de forma rigorosa a revisão integrativa. Suas contribuições são valiosas por detalhar as etapas desse tipo de estudo, desde a identificação do problema até a apresentação dos resultados, assegurando, desse modo, a sistematicidade e a transparência necessárias para a validade dos achados.

O tema central deste estudo foi a análise das políticas públicas em saúde no Brasil, com foco no Sistema Único de Saúde e no papel da Medicina de Família e Comunidade como vetores de mudança social. A questão norteadora da pesquisa buscou compreender como as políticas públicas em saúde no Brasil, em especial o SUS e a MFC, atuam na promoção da mudança social, na redução de desigualdades e no enfrentamento de vulnerabilidades, considerando as dinâmicas sociais, econômicas e políticas contemporâneas.

A busca por literatura foi realizada de forma abrangente, utilizando a vasta bibliografia existente na dissertação original como ponto de partida e expandindo-a para não apenas fundamentar a argumentação, mas também enriquecer o debate sobre o tema no século XXI. Embora não sejam detalhadas as bases de dados ou os descritores específicos neste artigo expandido, o processo envolveu a recuperação de estudos que abordassem os conceitos de políticas públicas, saúde pública, Medicina de Família e Comunidade, mudança social e o Sistema Único de Saúde. A seleção dos materiais incluiu artigos científicos, livros, documentos oficiais, teses e dissertações que contribuíssem para uma visão crítica e aprofundada do cenário da saúde pública nacional.

Os materiais coletados foram avaliados criticamente quanto à sua relevância, qualidade e pertinência para a questão de pesquisa. Essa etapa envolveu a leitura exaustiva e a análise do conteúdo dos documentos, buscando identificar as principais contribuições, lacunas e consensos na literatura sobre o tema. Priorizaram-se estudos cujo embasamento teórico apresentasse evidências que pudessem subsidiar a discussão sobre as possibilidades e os limites das intervenções estatais e da atuação das forças sociais democráticas na promoção da inclusão e equidade.

Em relação à análise dos dados, a pesquisa foi de natureza qualitativa e interpretativa e buscou articular as diferentes perspectivas e achados da literatura. Assim, foram identificados os principais desafios estruturais e conjunturais do SUS, o papel estratégico da MFC na efetivação da atenção primária à saúde e as dinâmicas de resistência e as atuações das forças sociais democráticas na promoção da mudança social. A síntese permitiu construir uma narrativa coerente

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

que conectasse os princípios do SUS, a prática da MFC e o cenário complexo das transformações e resistências sociais no século XXI.

Os resultados da revisão foram apresentados nas seções subsequentes, contextualizando o SUS como política de Estado, explorando as percepções e os desafios da saúde pública brasileira e aprofundando o imperativo da Medicina de Família e Comunidade para a mudança social inclusiva. As conclusões consolidam as reflexões, apontando para as implicações práticas e teóricas da pesquisa e sugerindo futuras direções para estudos e intervenções que fortaleçam a saúde como um catalisador de equidade e justiça social.

A interdisciplinaridade inerente à revisão integrativa foi fundamental para abordar o campo de ação da saúde pública não apenas como um conjunto de serviços assistenciais, mas como um intrincado campo de poder e de interações entre diferentes atores sociais, como coalizões, corporações, movimentos sociais e institutos de pesquisa. Esta metodologia permitiu, portanto, que a análise transcenda a dimensão biomédica, contemplando os determinantes sociais da saúde e as dinâmicas políticas que impulsionam ou freiam as mudanças inclusivas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. A saúde pública brasileira em perspectiva e o imperativo da Medicina de Família e Comunidade

O panorama da saúde pública no Brasil é intrinsecamente paradoxal. O Sistema Único de Saúde, apesar do reconhecimento internacional como um modelo de equidade e abrangência, opera sob o peso de um subfinanciamento crônico, enfrenta as pressões crescentes do setor privado e lida com a imensa complexidade de atender a uma população heterogênea, distribuída em um território de dimensões continentais (Mendes, 2019; Paim, 2015; Campos, 2005). Nesse cenário, a atuação da Medicina de Família e Comunidade, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), emerge como um elemento central para efetivar a Atenção Primária à Saúde (APS) e, consequentemente, para promover um modelo de cuidado mais equitativo e voltado para a mudança social.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/2017), a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo central

> A reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde de responsabilidade dos gestores estaduais e gestores municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica para fornecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2017).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

A percepção da saúde pública no Brasil é multifacetada, influenciada tanto pela experiência direta dos cidadãos com os serviços do SUS quanto pela narrativa midiática, que frequentemente foca suas deficiências. A pesquisa que fundamenta a dissertação, da qual este artigo se origina, investigou as percepções de estudantes de medicina sobre a MFC e a sua relevância. No estudo, revelou-se que, apesar de a MFC ser amplamente reconhecida globalmente como base para a organização de sistemas de saúde universais e eficientes, sua valorização e sua inserção adequada na formação médica brasileira ainda representam um desafio significativo (Santos *et al.*, 2023; Starfield, 2002). Uma parcela dos estudantes e de profissionais de outras especialidades ainda nutre uma visão limitada ou distorcida do papel do médico de família, associando-o, por vezes, apenas a atendimentos de baixa complexidade ou à escassez de recursos, em vez de reconhecer sua função estratégica na coordenação do cuidado e na gestão da saúde populacional. Em outras palavras, embora tenha passado por significativa expansão e ganhado maior visibilidade a partir de 2002, a MFC ainda demanda maior reconhecimento e investimento, tanto na esfera acadêmica quanto nas instâncias governamentais. Ainda assim, os médicos de família mantêm uma presença marcante no imaginário social ao longo do tempo, frequentemente associados, segundo Bonet (2014), a uma prática menos dependente de tecnologias e mais centrada na dimensão interpessoal do cuidado.

Atualmente, esses profissionais atuam predominantemente nos serviços públicos de atenção primária, atendendo populações historicamente marginalizadas. Além disso, têm ganhado espaço no setor suplementar, onde são valorizados por grandes operadoras de saúde como parte de um modelo de cuidado mais racional, qualificado e com melhor custo-benefício. Como destacam Machado, Melo e Paula (2019, p. 3),

> Como o número de médicos de família e comunidade com formação e/ou titulação específica no Brasil ainda é muito baixo, a abertura de novos postos de trabalho no setor privado tende a diminuir a presença ou, no mínimo, a dedicação de parte dos médicos de família e comunidade no SUS. […] No entanto, há avaliações, dentro da Medicina de Família e Comunidade, indicando que o sucesso do emprego do gatekeeper no setor privado poderá ser reimportado por gestores locais no SUS, numa espécie de legitimação reversa. Temos dúvida, contudo, da validade dessa eventual legitimação, além do risco adicional de perda de profissionais já escassos. Isso reforça a necessidade de regulação e efetiva reordenação da força de trabalho em saúde pelo Estado, de modo democrático e orientado pelas necessidades da sociedade. Não ignoramos, no entanto, o fato de que os usuários da saúde suplementar também merecem ser bem cuidados no SUS (com ressarcimento) ou nos serviços pagos. Esse é um ponto polêmico e relevante dessa discussão, bem como a regulação efetiva da saúde suplementar.

Além disso, a fragmentação do cuidado, a crescente superespecialização médica e o fenômeno da medicalização da vida são tendências históricas que, no Brasil, têm dificultado a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

consolidação de uma atenção primária robusta. A cultura de supervalorização do atendimento hospitalar, da alta tecnologia e dos procedimentos de ponta, em detrimento das ações de prevenção, promoção da saúde e cuidado no território, contribui, desse modo, para que o SUS seja frequentemente percebido como um sistema de "porta de entrada" para emergências e internações, e não como um sistema holístico de cuidado contínuo e longitudinal (Campos, 2005; Merhy, 2002). Assim, essa perspectiva distorcida mina a confiança na capacidade da APS de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e de atuar proativamente na gestão da saúde de comunidades inteiras. Segundo Starfield (2002), a APS constitui o pilar central de sistemas de saúde bem equipados, sendo essencial para a melhoria dos indicadores de saúde da população em distintos contextos sociais. Entre suas principais vantagens, destaca-se o acesso facilitado e contínuo, que assegura o cuidado sistemático e individualizado a cada paciente.

> Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (Starfield, 2002, p. 19).

Adicionalmente, os desafios do SUS não se limitam apenas à percepção ou ao financiamento. Existem ainda outros problemas de ordem estrutural profundos: a distribuição desigual de profissionais e equipamentos de saúde entre as regiões, com maior concentração nas áreas urbanas e mais desenvolvidas; a burocratização excessiva dos processos, que retarda a oferta de serviços; a descontinuidade das políticas e programas em virtude de mudanças políticas e partidárias; e a persistência de determinantes sociais da saúde que perpetuam a iniquidade, como a pobreza extrema, a precariedade habitacional, a falta de saneamento básico e a violência urbana (Barreto, 2017; Campos; Malik; Bueno, 2005).

Apesar desses desafios, é imperativo reconhecer os avanços notáveis da saúde pública brasileira. A redução drástica da mortalidade infantil e materna, o êxito no controle de diversas doenças infecciosas (como a tuberculose e o HIV/AIDS), a ampliação da cobertura vacinal e o aumento da expectativa de vida são, por exemplo, testemunhos da resiliência e do potencial do SUS. Esses progressos são, em grande parte, resultado de políticas públicas bem coordenadas e fruto da dedicação de milhares de profissionais de saúde e do engajamento da sociedade civil (Barreto, 2017; Mendes; Bittar, 2014; Pereira, 2021). No entanto, a crescente carga de doenças crônicas não transmissíveis (como diabetes, hipertensão e câncer), o reaparecimento de doenças antes controladas (como o sarampo em surtos localizados) e as profundas desigualdades regionais e sociais no acesso à saúde indicam que o caminho para a plena realização do direito à saúde e para a equidade ainda é longo e demanda esforços contínuos e renovados.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A Medicina de Família e Comunidade, juntamente com a Estratégia Saúde da Família, representa um modelo de atenção à saúde que se alinha de maneira intrínseca e direta com a proposta de mudança social por meio das políticas públicas. A MFC se distingue por ser uma especialidade que aborda o indivíduo em sua totalidade – considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais – e a família em seu contexto comunitário, estabelecendo um vínculo longitudinal e um conhecimento aprofundado de seus pacientes ao longo do tempo (Gusso; Lopes; Dias, 2019). A ESF, por sua vez, organiza a APS a partir de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, entre outros) que atuam em territórios geograficamente definidos, desenvolvendo um conhecimento aprofundado da realidade social, epidemiológica e cultural das famílias e da comunidade sob sua responsabilidade (Brasil, 2017).

A atuação do médico de família e da equipe da ESF transcende os limites do consultório. Eles são agentes de saúde pública que, ao compreenderem a dinâmica do território e as condições de vida da população, atuam não apenas na prevenção e promoção da saúde, mas também na recuperação e reabilitação, sendo o ponto de coordenação do cuidado e a “porta de entrada” preferencial para o sistema de saúde, referenciando os casos que demandam maior complexidade para outros níveis de atenção. Essa proximidade com a comunidade permite identificar e intervir sobre os determinantes sociais da saúde – como a ausência de saneamento básico, a insegurança alimentar, os altos índices de violência, a dificuldade de acesso à educação e ao emprego – que impactam diretamente a saúde e o bem-estar da população (Merhy, 2002; Starfield, 2002). Ao reconhecer e atuar sobre esses fatores estruturais, a MFC contribui de forma decisiva para a redução das iniquidades sociais, promovendo uma mudança social de diversas maneiras:

a) fortalecimento do vínculo e da longitudinalidade do cuidado: o acompanhamento contínuo da família e do indivíduo ao longo do tempo cria um laço de confiança mútua e um conhecimento aprofundado do histórico de saúde e das condições de vida. Essa abordagem longitudinal permite uma intervenção mais efetiva, personalizada e preventiva, que transcende a doença e foca a promoção da saúde integral e o bem-estar duradouro;
b) atuação sobre os determinantes sociais da saúde: ao identificar os problemas sociais e ambientais no território (ex.: precariedade de moradia, violência doméstica, baixa escolaridade), o médico de família e a equipe da ESF podem se articular a outras políticas públicas e setores (educação, assistência social, habitação, justiça) a fim de buscar soluções intersetoriais. Essa capacidade de interconexão e mobilização de recursos extra-saúde é fundamental para abordar as raízes das desigualdades em saúde e fomentar uma mudança social mais abrangente;
c) promoção do empoderamento e participação comunitária: a ESF, em sua essência, estimula a participação social e o controle social em saúde. Através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da proximidade com a população, o sistema empodera indivíduos e comunidades para que se tornem protagonistas de sua própria saúde, identifiquem suas necessidades e cobrem por seus direitos. Essa participação ativa fortalece a democracia e a cidadania, essenciais para a mudança social;
d) redução da necessidade de hospitalizações e procedimentos de alta complexidade: uma Atenção Primária à Saúde resolutiva, com a MFC no seu cerne, é capaz de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

resolver a vasta maioria dos problemas de saúde da população antes que se agravem. Isso não apenas melhora os desfechos em saúde, mas também evita a sobrecarga de hospitais e de serviços de emergência, otimizando o uso dos recursos públicos e garantindo que os

e) pacientes recebam o cuidado mais adequado no nível correto de complexidade (Brasil, 2017; Starfield, 2002);
f) perspectiva interseccional: a ementa do GT 30 enfatiza a importância de articular perspectivas interseccionais (classe, gênero e raça). A MFC, por sua própria natureza, lida com a diversidade e as especificidades dos diferentes grupos sociais. Ao reconhecer como a classe social, o gênero e a raça (e outras categorias como orientação sexual, idade, deficiência) se entrelaçam para criar experiências únicas de saúde e doença, o médico de família pode oferecer um cuidado mais sensível, equitativo e adaptado às necessidades reais de cada indivíduo e comunidade, combatendo o estigma e a discriminação.

Apesar do reconhecimento crescente de sua importância, a formação em MFC e o número de profissionais qualificados ainda são insuficientes para as necessidades do SUS e para a plena cobertura da população. A percepção dos alunos de medicina, como revelado pela dissertação, é moldada por um currículo que prioriza excessivamente a atenção hospitalar e as especialidades médicas de alto impacto tecnológico, em detrimento da dimensão comunitária e preventiva. Nesse sentido, investir na valorização, na qualificação e na expansão do número de médicos de família e equipes de ESF é, portanto, uma política pública estratégica e inadiável para o avanço da saúde no Brasil e para a promoção de uma mudança social mais efetiva, inclusiva e democrática.

No campo da saúde, essas dinâmicas são particularmente evidentes e perenes. Com efeito, a resistência à plena implementação do SUS universalista e à consolidação da APS como ordenadora do sistema pode ser atribuída a uma série de fatores interligados, os quais se manifestam em múltiplas esferas da sociedade:

a) interesses econômicos e o setor privado da saúde: um dos principais focos de resistência provém do setor privado da saúde, que abrange planos e seguros de saúde, hospitais privados, clínicas e laboratórios. Esse setor, que opera sob uma lógica de mercado e busca o lucro, muitas vezes se choca com os princípios de universalidade, gratuidade e equidade do SUS. Há uma pressão constante por parte desses atores para a privatização de serviços públicos, para a redução do investimento estatal na saúde e para a expansão de modelos de atenção baseados no consumo individualizado, o que compromete o fortalecimento do sistema público e solidário (Bahia, 2006; Brasil, 2017). Essa disputa é um reflexo da tensão entre o direito à saúde e sua mercantilização.
b) corporativismo profissional e a cultura médica hegemônica: historicamente, algumas especialidades médicas e setores da própria categoria podem apresentar resistência à valorização da MFC. Essa resistência deriva, em parte, de uma cultura médica hegemônica que privilegia a alta complexidade, a atenção hospitalar e a superespecialização, em detrimento da abordagem integral e comunitária da MFC. Há, por vezes, uma percepção de que a atuação do médico de família é “menos nobre” ou “menos complexa”, ou até mesmo um receio de perder espaço no mercado de trabalho. Essa resistência se manifesta na concepção dos currículos das faculdades de medicina, nas posições defendidas pelos conselhos profissionais e na própria hierarquia informal dentro do sistema de saúde (Santos *et al*., 2023).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

c) cultura social e o imaginário popular: existe uma cultura social enraizada no imaginário popular, muitas vezes reforçada pela mídia e pela experiência individual, de que a "saúde de qualidade" é sinônimo de acesso a planos de saúde privados, grandes hospitais ou tecnologia de ponta. Essa percepção, embora compreensível em um contexto de deficiências no setor público, dificulta o reconhecimento da APS como a porta de entrada preferencial e a mais viável financeiramente para o cuidado contínuo e preventivo. Por conseguinte, a desinformação e a falta de compreensão sobre a complexidade e a abrangência do SUS contribuem para a desvalorização do sistema e para a busca por soluções privadas, mesmo que estas sejam menos abrangentes em termos de saúde pública.

d) fragilidades institucionais e burocracia: aspectos internos ao próprio Estado também geram resistências e dificuldades. A burocracia excessiva, a descontinuidade das políticas públicas em decorrência de trocas governamentais e de alinhamentos políticos, a falta de planejamento de longo prazo e a corrupção são fatores que minam a eficiência e a capacidade de transformação do SUS. Além disso, a fragilidade no que diz respeito à gestão e à implementação de políticas em algumas esferas federativas contribui para a ineficácia e a percepção de problemas (Mello *et al*., 2017).
Contudo, é crucial e encorajador observar o papel das *forças sociais democráticas* na superação dessas resistências. A Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na criação do SUS, é um exemplo paradigmático de movimento social potente, que uniu intelectuais, profissionais de saúde, estudantes, movimentos populares e sindicatos na luta por um sistema de saúde público, universal e igualitário (Paim, 2008). Essa coalizão ampla e diversificada demonstrou a capacidade da sociedade civil de influenciar a agenda política e institucional (Fleury; Bahia; Amarante, 2007).
Atualmente, a defesa do SUS e a luta por uma sociedade menos desigual na saúde se manifestam de diversas formas:

e) Controle social em saúde: a participação social é um princípio do SUS, exercido através dos Conselhos de Saúde (nacionais, estaduais e municipais) e das Conferências de Saúde. Esses espaços democráticos permitem que cidadãos, usuários, trabalhadores e gestores fiscalizem e deliberem sobre as políticas de saúde, atuando como um contrapeso aos interesses que buscam desmantelar o sistema (Brasil, 1988).

f) Movimentos sociais e Organizações da Sociedade Civil (OSC): diversos movimentos sociais (como os que atuam na defesa da reforma agrária, moradia, direitos de minorias), organizações não governamentais (ONGs) e associações de pacientes desempenham um papel vital na denúncia de iniquidades, na defesa por políticas públicas mais justas e na promoção da saúde em comunidades vulneráveis.

g) Academia e instituições de pesquisa: universidades e institutos de pesquisa (como a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) são fundamentais na produção de conhecimento científico que subsidia as políticas de saúde, na avaliação da efetividade do SUS, na formação de profissionais críticos e engajados e na desmistificação de discursos que buscam fragilizar o sistema. A academia, ao problematizar a mudança social e ao produzir dados sobre as desigualdades, fornece subsídios para a ação política.

h) Sindicatos e associações profissionais progressistas: entidades que representam os trabalhadores da saúde, como sindicatos de médicos, enfermeiros e agentes comunitários, têm atuado não apenas na defesa das condições de trabalho, mas também na defesa do SUS como política de Estado, contra a precarização e a privatização.

A valorização da MFC e da APS é, portanto, um campo de intensa disputa política e social. A academia tem um papel fundamental em formar profissionais com um perfil mais humanizado, com uma visão abrangente da saúde e engajados com os princípios do SUS e com a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

promoção da equidade. A articulação estratégica entre diferentes setores, a formação de coalizões amplas e o fortalecimento dos mecanismos de participação social mostram-se essenciais para superar as resistências, fortalecer as políticas públicas de saúde e impulsionar a mudança social que o Brasil tanto necessita no século XXI. É a persistência e a criatividade dessas forças democráticas que garantem a resiliência do SUS e a esperança de uma sociedade mais justa.

4. CONSIDERAÇÕES

4.1. Políticas Públicas, Saúde e o Horizonte da mudança social

Este artigo buscou revisitar e aprofundar a discussão sobre a saúde pública no Brasil, com foco central no papel das políticas públicas e da Medicina de Família e Comunidade como instrumentos de promoção da mudança social. A análise do trabalho, permitiu uma melhor compreensão sobre as complexas dinâmicas que permeiam a efetivação do direito à saúde e a persistente, mas possível, redução das desigualdades no país.

Constatou-se que o Sistema Único de Saúde, embora seja uma conquista civilizatória e um modelo de política pública universalista, enfrenta desafios estruturais e conjunturais significativos. O subfinanciamento crônico, a fragmentação do cuidado, a descontinuidade de políticas devido a mudanças governamentais e as diversas formas de resistência, vindas de interesses privados e de setores conservadores, são obstáculos que impedem sua plena realização. Com isso, a percepção da saúde pública, muitas vezes, é influenciada por essas dificuldades, obscurecendo os avanços notáveis e o potencial transformador do sistema.

Nesse sentido, a Medicina de Família e Comunidade, juntamente com a Estratégia Saúde da Família, emerge como um pilar estratégico e um agente fundamental para a promoção da mudança social. Sua abordagem integral, centrada na pessoa e na família, além de sua atuação no território, permite não apenas melhorar a qualidade de vida individual, mas também identificar e intervir sobre os determinantes sociais da saúde. Ao reconhecer e endereçar as raízes das iniquidades (como pobreza, saneamento inadequado, violência e barreiras de acesso), a MFC contribui ativamente para a redução das vulnerabilidades e para a construção de comunidades mais equitativas e saudáveis. A valorização da MFC, a ampliação de sua inserção na formação médica e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde são, portanto, investimentos essenciais e constituem políticas públicas estratégicas para o avanço do SUS e para a consolidação de uma sociedade mais justa e inclusiva.

É importante salientar que a resistência às mudanças inclusivas são inerentes ao campo das políticas públicas, e na saúde não é diferente. Interesses econômicos, corporativismos profissionais e fragilidades institucionais atuam, por vezes, como barreiras. Contudo, a história da saúde pública brasileira é também a história de mobilizações sociais intensas e das forças democráticas que atuam na defesa do SUS e na busca por uma saúde universal e de qualidade.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

O controle social, a atuação de movimentos sociais, o papel crítico da academia e a defesa incansável de profissionais e usuários são exemplos de como essas forças trabalham dentro e fora das instituições para garantir a manutenção e o aprimoramento do sistema.

Conclui-se que as políticas públicas em saúde no Brasil apresentam um vasto e inegável potencial para gerar mudança social. No entanto, a materialização desse potencial depende de um compromisso contínuo e inabalável com os princípios do SUS, a superação das resistências, a promoção da intersetorialidade e a atuação coordenada e engajada de diferentes atores sociais. O debate interdisciplinar é vital para aprofundar tais reflexões, identificar os dilemas e os avanços, e pavimentar caminhos para que a saúde seja, de fato, um direito plenamente exercido por todos bem como um motor para a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e solidária no século XXI. A luta pela saúde pública no Brasil é, em essência, uma luta pela democracia e pela justiça social.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 159-170, mar. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/xBBVsg5Dg3zKtFMyXm4VH9x/?lang=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/. Acesso em: 16 jul. 2025.

BONET, O. **Os médicos da pessoa**: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia. Acesso em: 23 maio 2024.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M.; BUENO, R. L. P. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 10. n. 46, p. 1-14, 2005. Disponível em: https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/b8101f21-b4ca-434f-987e-c7f07d77562a/content. Acesso em: 16 jul. 2025.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da medicina da família e comunidade. **APS**, v. 8, n. 2, p. 181-190, 2005.

FLEURY, S.; BAHIA, L; AMARANTE, P. (org.). **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00068419, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n11/e00068419/pt. Acesso em: 13 mar. 2025.

MELLO, G. A.; PEREIRA, A. P.; UCHIMURA, L. Y.; IOZZI, F. L.; DEMARZO, M. M.; VIANA, A. L. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtJRH/?lang=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597. Acesso em: 16 jul. 2025.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, out. 2008.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: https://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/. Acesso em: 17 jul. 2025.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf. Acesso em: 17 jul. 2025.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018. Acesso em: 13 nov. 2024.

PEREIRA, J. E. F.; SILVA, F. S. **Revisão histórica do processo de entrada dos usuários no serviço básico de saúde**: do INAMPS ao SUS. 2021. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) — Universidade La Salle, Canoas, 2021. Disponível em: http://hdl.handle.net/11690/1983. Acesso em: 11 ago. 2021.

PIANA, M. **C. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: https://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-02.pdf. Acesso em: 17 jul. 2025.

SANTOS, K. H. L.; RAMOS, A. S. M. B.; PINTO, L. B. F.; AMATE, C. G. O.; FONTENELE, R. M. Formação em medicina de família e comunidade: avanço ou desafio para a saúde coletiva no Brasil? **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [*S. l.*], v. 13, n. 41, p. 854-863, 2023. DOI: 10.24276/rrecien2023.13.41.854-863. Disponível em: https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/803. Acesso em: 16 jul. 2025.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt. Acesso em: 16 jul. 2025.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.