



ROBERTA BOTURÃO OLIVEIRA



POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL NOS SÉCULOS XX E XXI

PIRACICABA

2014

ROBERTA BOTURÃO OLIVEIRA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL NOS SÉCULOS XX E XXI

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Coletiva e da Família.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

PIRACICABA

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Estadual de Campinas

Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Marilene Girello - CRB 8/6159

Oliveira, Roberta Boturão, 1978-

OL4p Políticas públicas de saúde no Brasil nos séculos XX e XI / Roberta Boturão Oliveira. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2014.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.

Trabalho de Conclusão de Curso
(especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Saúde pública - História. I. Meneghim, Marcelo de Castro, 1965- II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA	10
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

RESUMO

O SUS (Sistema Único de Saúde), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90, após reivindicação da sociedade civil, por meio da Reforma Sanitária, liderada por profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares. O artigo 196 da Constituição Federal afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Este trabalho tem como objetivo apresentar a evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, no decorrer do século XX até o governo da presidenta Dilma Rousseff. Trata-se de um estudo de revisão da literatura, por meio de busca ativa de informações nas bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (BIREME), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), além da Biblioteca Científica Eletrônica Online (SciELO). Durante a República Velha o país não dispunha de um modelo de atenção à saúde da população. O primeiro modelo de política de saúde conhecida como Sanitarismo Campanhista estendeu-se até 1945 e visava o combate de endemias como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras. Decreto Legislativo (Elói Chaves) deu início à previdência social no Brasil com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão. Em 1933 nascem as IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões. Visando reorganizar a estrutura da previdência social foi criado o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, que promoveu o desmembramento do INPS, surgindo assim o INAMPS. Em meados da década de 70 ocorreu uma crise do financiamento da previdência social. Os usuários insatisfeitos, junto aos profissionais e políticos, iniciaram o Movimento pela Reforma Sanitária, que se consolidou com a 8ª Conferência Nacional Saúde. A partir daí estabeleceram-se as bases para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e formou-se o SUDS. Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, o acesso à saúde tornou-se gratuito e um direito de todo cidadão. O Sistema se depara com a Estratégia

Saúde da Família, a partir do PACS. O Pacto pela Saúde estabelecendo metas e compromissos de melhorias e o Humaniza SUS que visa qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; História; Saúde Pública.

ABSTRACT

The SUS (Sistema Único de Saúde), one of the largest public health systems in the world, was established by the Federal Constitution of 1988 and regulated by organic laws of Health No. 8080/90 and no. 8142/90, after claim of civil society, through the health reform, led by health-care professionals, users, politicians and popular leaders. Article 196 of the Constitution states that "health is everyone's right and duty of the State". This work aims to present the evolution of public health policies in Brazil, in the course of the 20th century until the Government of President Dilma Rousseff. This is a literature review study, through active search of information in the databases of the Latin-American Center and the Caribbean on health sciences information (BIREME), Online Search System and analysis of medical literature (MEDLINE), Latin American Literature – and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Brazilian bibliography of dentistry (BBO), in addition to the Electronic Library Online (SciELO). During the old Republic the country did not have a model of health care of the population. The first model of health policy known as Sanitarismo Campanhista extended until 1945 and aimed at combating endemic diseases like the plague, cholera, smallpox, among others. Legislative Decree (Eloi Chaves) initiated the social welfare in Brazil with the creation of the CAPs-retirement and pension Boxes. In 1933, premium feedback tools are born – institutes of Retirements and pensions. To rearrange the structure of social security was created the SINPAS – National Welfare System and Social Assistance, which promoted the dismemberment of INPS-National Institute of Social Security, appearing so INAMPS-National Institute of Social Security medical assistance. In the mid-70 was a social security funding crisis. Users dissatisfied with the professionals and politicians began the movement for health reform, which was consolidated with the 8th National Conference on health. From there established the bases for the reformulation of the National Health System and formed the SUDS-Unified and decentralized health System. And 1988, with the promulgation of the new Federal Constitution, access to health care became free and a right of every citizen. The system is

faced with the family health Strategy, from the PACS – Program of communitarian agents of health, with the Pact by establishing Health goals and commitments for improvements and Humanizes SUS which aims to qualify management practices and health care.

Keywords: Public Health Policies; Unified Health System; History; Public Health.

INTRODUÇÃO

Política Pública é o conjunto de ações governamentais de âmbito federal, estadual ou municipal, que influenciam diretamente a vida dos cidadãos, sendo voltadas ao bem-estar da sociedade e ao interesse público, devendo atuar nas áreas de saúde, meio ambiente e educação (LOPES E AMARAL, 2006).

Por termos diariamente novas situações políticas e socioeconômicas e uma população em constante transformação demográfica, a compreensão da história e da atual situação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil é imprescindível para o seu desenvolvimento.

Partindo do primeiro modelo de prática sanitária, conhecido como Sanitarismo Campanhista, e evoluindo para o que podemos chamar de marco inicial da Previdência Social no país, com as CAP's, observam-se as reformulações, revoltas, campanhas e conferências que buscaram ao longo do tempo superar as propostas que se apresentavam excludentes, pois eram sempre eletivas, beneficiando uma pequena parcela de indivíduos. Dessa forma, em constante aprimoramento, chegou ao atual Sistema de Saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde), conhecido como o maior sistema de saúde do mundo, um modelo universal e integrado, que dá, a todo e qualquer cidadão brasileiro o direito a saúde, como um dever do Estado (BRASIL, 1990ab).

Atualmente, o SUS, caracterizado por seu modelo assistencial, promove ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. Além disso, busca pela humanização na saúde a melhoria do atendimento ao usuário e melhores condições para os trabalhadores (BRASIL, 2006).

Ante o exposto, este estudo teve como objetivo relacionar a evolução do sistema de saúde vigente com os determinantes sociais e econômicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura por meio de busca ativa de informações nas diferentes bases de dados disponíveis.

As bases de dados utilizadas foram: Centro Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (BIREME), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), além da Biblioteca Virtual Científica Eletrônica Online (SciELO). As palavras – chave utilizadas na busca foram: Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; História; Saúde Pública. O período de inclusão de referências bibliográficas foi a partir do ano 2000.

Critério de seleção: com a finalidade de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação, optou-se por selecionar produções na forma de artigos científicos, idioma português, em bases de dados nacionais com texto completo disponível. Como critério de exclusão artigos que não havia conteúdo referente ao tema proposto. Foram encontrados 27 artigos e destes 3 foram utilizados.

Foi utilizado também o livro do jornalista Laurentino Gomes, 1808 (GOMES, 2007), o qual relata de maneira contemporânea a vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil, e demonstra em algumas citações a realidade da Saúde do país neste período.

RESULTADOS

Os resultados são mostrados no Quadro 1, relacionando a influência da economia e da política no sistema de saúde vigente. Para isso, foi relacionado às formas de governo, com as principais características da economia, política e sistema de saúde.

Quadro 1:

A evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

	Economia	Política	Sistema de Saúde
República Velha 1889 – 1930	- agroexportadora - crise do café - investimentos estrangeiros	- estado liberal oligárquico - emergência das questões sociais	- modelo campanhista - reformas sanitárias - lei Eloi Chaves - CAPs e início da previdência social no país
Era Vargas 1930 – 1945	- nacionalismo econômico, com criação de empresas estatais e obras públicas - recuperação do preço do café	- autoritarismo, estatismo, corporativismo, culto ao líder	- criação das IAPs
República Populista 1945 – 1964	- início da industrialização - inflação e desemprego	- populismo e nacionalismo - criação dos sindicatos	- fundação do Ministério da Saúde - Conferência Nacional de Saúde
Ditadura Militar 1964 – 1985	- industrialização e urbanização crescentes - crise econômica	- governo autoritário e centralizador - bipartidarismo	- IAPs unificadas - INPS - INAMPS - SINPAS
Transição Democrática 1985 – 1988	- fim da recessão - planos de estabilização econômica	- nova República - processo de Democratização - Nova Constituição	- 8ª Conferência Nacional de Saúde - SUDS - Movimento pela Reforma Sanitária
Democracia 1988 - hoje	- crise econômica - Plano Real - CPMF	- Impeachment de Fernando Collor de Mello - 12 anos de governo PT	- Constituição Cidadã - SUS - PACS - ESF - Pacto pela Saúde - Humaniza SUS

DISCUSSÃO

No início do século XX, durante a República Velha, a economia do país girava basicamente em torno da exportação do café. Nesse período os portos tornaram-se insalubres, as epidemias de doenças transmissíveis como malária e febre amarela tornaram o Rio de Janeiro conhecido como “o túmulo de estrangeiros” e os navios estrangeiros se negavam a atracar nos portos pelas péssimas condições sanitárias (Vieira, 1994).

Assim, as práticas sanitárias nesta época visavam fundamentalmente ao controle do conjunto de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades capitalistas no espaço da cidade e de outras áreas do campo. Seu objetivo, ao contrário de proteger a totalidade dos habitantes do país ou recuperar a saúde dos homens foi basicamente utilitário, sendo definido por interesses de grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista (Costa, 1986).

Este modelo campanhista causou revolta na população, pelos meios violentos e autoritários utilizados pela guarda sanitária e, Oswaldo Cruz, o diretor do Departamento Federal de Saúde nomeado pelo Presidente Rodrigues Alves, instituiu a vacinação obrigatória contra a varíola. Essa obrigatoriedade gerou mais insatisfação aos populares, pois não entendiam o que era vacinação e muitos não queriam aderir à campanha, o que gerou a Revolta da Vacina.

Em poucos dias o Governo tomou controle da situação e apesar do autoritarismo e da brutalidade a varíola e a febre amarela foram erradicadas e diversas epidemias foram controladas. Este modelo inicialmente urbano, mais a frente migrou para as áreas rurais.

Com o desenvolvimento da economia, o início da industrialização no país, ocorreu uma urbanização e diversos imigrantes, especialmente Europeus forneciam mão de obra nas indústrias. Sem garantias trabalhistas, os

imigrantes mobilizam e organizam a classe operária do Brasil na luta pelos seus direitos. Através destes movimentos o Congresso aprova a Lei Eloy Chaves, marco inicial da Previdência Social no Brasil (LEITE, 1983).

A partir da Lei Eloy Chaves foi instituído as CAP's (Caixas de Aposentadoria e Pensão), estas beneficiavam poucas categorias profissionais, pois eram organizadas por empresas e não se estendiam as áreas rurais, portanto somente funcionários contratados por estas empresas seriam beneficiados. Inicialmente ferroviários, e posteriormente marítimos e estivadores. Nas CAP's os benefícios dependiam das contribuições dos segurados. Em 1932, existia mais de 140 CAP's, o estado não participava propriamente do custeio das caixas, que de acordo com o determinado na lei, era mantido por empregados das empresas (3% do vencimento), empresas (1% da renda bruta) e consumidores dos serviços destas. (Oliveira e Teixeira, 1989).

Com o grande número de CAP's e uma fragilidade pelo pequeno número de contribuintes; no início da Era Vargas, Getúlio, as reestruturou e as substituiu pelos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Os IAP's seguiam a mesma diretriz das CAP's, porém voltado aos trabalhadores divididos por categoria profissional, representados por marítimos, comerciários, bancários, transportes e cargas e servidores do estado. O financiamento era vindo do Estado, empregados e empregadores.

Após diversas crises econômicas e previdenciárias, e um sistema de saúde que não atendia as necessidades dos usuários, e que grande parte da verba destinada à previdência era desviada foi criada uma comissão para reformular este sistema previdenciário que culmina com a fusão de todos os IAP's no INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), visando uma uniformização dos benefícios, o Estado passa a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou o seu poder nas frentes econômica e política, pelo aumento das alíquotas e também no controle governamental através da extinção da participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida na vigência das CAPs e IAPs (Roncalli, 2003). Todas

as contribuições previdenciárias ficaram então concentradas no INPS, ao mesmo tempo esse passa também a gerir as aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluíssem dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

O INPS era destinado a todos os trabalhadores que desempenhavam suas atividades sob o regime de CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Como todo trabalhador de carteira assinada era contribuinte e beneficiário do novo sistema, o volume capitalizado era muito grande. O aumento dos contribuintes aliado ao crescimento econômico da época e ao baixo número de aposentados e pensionistas fez com que os rendimentos aumentassem exageradamente. Com o aumento de contribuintes e consequentemente de beneficiários o sistema médico-previdenciário não correspondia à demanda. E, mais uma vez o sistema necessitou de uma reformulação.

Com o objetivo de reorganizar a Previdência Social, cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que mantém a estratégia de compras de serviços do setor privado. Foi o período de maior expansão de leitos disponíveis, cobertura, volume de recursos, além do maior orçamento da sua história. Entretanto, o sistema de pagamento pelos serviços prestados por unidade de serviços tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

A construção ou a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da previdência social, associada com o enfoque na medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina em todo o país. O INPS financiou a fundo perdido, as empresas que desejassem construir os seus hospitais. Esse modelo excludente provocou então, uma capitalização crescente do setor privado, no entanto, a precariedade do sistema, não só da área da saúde, mas em toda a área social, provocava uma insatisfação cada vez maior, comprometendo a legitimidade do regime. Os indicadores de saúde

da época, entre eles o coeficiente de mortalidade infantil, pioravam assustadoramente (Pereira, 2003).

Nesse cenário, o movimento de profissionais de saúde e de intelectuais da área da saúde coletiva por mudanças do modelo se amplia. Sindicatos de diversas categorias profissionais da saúde debatiam em seminários e congressos as epidemias, endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Com o crescimento da insatisfação popular, personificada politicamente na vitória da oposição nas eleições parlamentares, esse movimento, que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária se amplia ainda mais com a incorporação de lideranças políticas, sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa (Roncalli, 2003).

Presidida pelo médico sanitarista Sergio Arouca, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde com uma participação de cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais; o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda a sua história, e criou as bases para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro a serem defendidas na assembleia nacional constituinte (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

Partindo das conclusões da 8ª CNS, com a concepção de um sistema único de saúde foi criado o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que tinha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária; e como objetivo a consolidação do desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Somente em 1988, Constituição Cidadã define a Saúde como “Direito de Todos e Dever do Estado”, moldando as diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde). Em 1990 através das Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 foi instituído o SUS, com princípios de integralidade, equidade e universalidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial

até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Com a eleição presidencial de Fernando Collor de Mello, vigora uma política com o discurso de “reduzir o estado ao mínimo”, o que, na teoria atingiria apenas as empresas estatais, acabou atingindo todos os setores governamentais incluindo a área da saúde. Após muitos escândalos por corrupção e tentativas frustradas de frear a inflação, acontece o impeachment do Presidente. O Ministro da Previdência Antônio Brito alega não ter recursos suficientes para repassar para a área da saúde, após os aumentos concedidos aos beneficiários do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), e determinou que os repasses fossem destinados a custear somente a Previdência Social. Essa medida agravou a crise financeira do setor (POLIGNANO, 2001).

Em constante evolução e em meio à crise, o Sistema de Saúde Público não se acomodou e deu continuidade a melhorias, e, em 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família, o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) reformulado, conhecido atualmente como Estratégia de Saúde da Família. A estratégia tem como meta acabar com o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em hospitais, e dar atenção à família no ambiente em que vive, agindo na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, o próprio Ministro da Saúde reconhece que o Governo não tinha meios de arcar com a remuneração de serviços médicos prestados. Foi nesta fase então que o Ministro da Saúde Adib Jatene propôs a criação da CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira), um imposto que a receita arrecadada seria voltada exclusivamente para a área da saúde, e por tempo determinado de um ano. O plano falhou, pois o valor arrecadado foi desviado para outros setores do tesouro (POLIGNANO, 2001).

Na crise em que o país estava neste período, e o Sistema de Saúde afetado por falta de recursos e a demanda excessiva, o então Presidente

Fernando Henrique Cardoso, regulamenta a lei sobre os planos e seguros de saúde no setor privado.

Continuando a filosofia, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, conhecido como Humaniza SUS, tendo como principal meta Humanizar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS para ofertar atendimento de qualidade na rede pública de saúde, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhorando os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2008).

Através de um pacto firmado entre União, Estado e Município, visando uma reforma institucional do SUS, é criado o Pacto pela Saúde, com o objetivo de promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal (BRASIL, 2006^a).

CONCLUSÃO

Foi discutida a influência econômica e social no sistema de saúde. Fica evidente que a construção de um sistema universal foi devido à participação de todos os segmentos da sociedade e que, a manutenção desse sistema dependerá do desenvolvimento de políticas econômicas que o sustentem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. Educação & Sociedade, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.
4. BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059.
5. BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. Brasília, DF, 1990c.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa. Brasília, DF, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, 6).
8. BRASIL. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008. (Série B: Textos Básicos de Saúde).
10. CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
11. COSTA, I. C. C. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. *Revista da ABENO*, São Paulo, v. 7, n. 2, p.122-129, 2007.
12. GAMARRA JÚNIOR, J. S. Controle social na saúde: desafios e perspectivas. In: MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Org.). *Saúde coletiva: um campo em construção*. Curitiba: Ibpex, 2006. p. 149-176.
13. MARTIN, GB; CARVALHO, BG; CORDONI JUNIOR, L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. Londrina : EDUEL; 2001.
14. MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRN, 2004. p. 249-259.
15. VASCONCELOS, C. M. Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
16. VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.
17. VENTURA, D. F. L. Direito institucional sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 261-299. v. 1.

18. VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.
19. BRASIL. Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Citado 2006 Dez 13. Disponível em : <HTTP://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>
20. GOMES, L. 1808 - Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a História de Portugal e do Brasil. Rio de Janeiro: Planeta, 2007. 414p.
21. VIEIRA, Cássio Leite. A revolta da vacina. *Revista Super*. Edição 86. Novembro de 1994. Disponível em: http://super.abril.com.br/superarquivo/1994/conteudo_114370.shtml
22. ESCOREL, Sara.; NASCIMENTO, Dilene. Raimundo do Nascimento.; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma sanitária e do SUS. pp. 59 – 81. In : LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia EDLER, Flávio Coelho; SUAREZ, Juarez Manuel (Orgs.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005
23. PEREIRA AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.
24. COSTA, Nilson do Rosário. Lutas Urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986. p.13.
25. OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F., 1989. (IM) Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil. 2ª Ed., Petrópolis: Vozes.
26. BRASIL. 20 anos do SUS. Site Oficial do Conselho Nacional de Saúde.

27. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS; 2007.
28. POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.
29. LEITE, Celso Barroso (org.). (1983), Um Século de Previdência Social. Rio de Janeiro, Zahar
30. Brasil, Ministério da Saúde, Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, 2006
31. LOPES B.; AMARAL, J. N. Políticas públicas: conceitos e práticas. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 2008. 48 p.