

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- BREVE HISTÓRICO E LINHAS DE AÇÃO¹
PUBLIC HEALTH POLICY: SINGLE HEALTH SYSTEM- HISTORICAL BRIEF AND ACTION LINES

Natalia Boessio Tex De Vasconcellos², Iara Denise Endruweit Battisti³

¹ Discussão Teórica elaborada no Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas

² Odontóloga, discente do Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas, UFFS, campus Cerro Largo. natalia.vasconcellos@iffarroupilha.edu.br

³ Professora Doutora, docente do Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas, UFFS campus Cerro Largo. iara.battisiti@uffs.edu.br.

Resumo

As últimas décadas registraram o ressurgimento da importância do campo do conhecimento denominado políticas públicas. Há 30 anos da criação do SUS, discute-se ainda mais a importância das políticas públicas de saúde para o desenvolvimento regional das populações. O objetivo deste ensaio teórico é discorrer sobre a trajetória de saúde no Brasil até a implementação do SUS e relatar as redes de atenção à saúde, com ênfase da atenção básica. Portanto foi realizado em levantamento bibliográfico sobre o assunto. Neste sentido, verifica-se que a implementação do SUS contribui para a melhora da qualidade de vida, ampliando o acesso à saúde dos brasileiros.

Palavras-chaves: SUS, saúde, atenção básica

Abstract: The last decades have seen the resurgence of the importance of the field of knowledge called public policies. Thirty years after the creation of SUS, the importance of public health policies for the regional development of populations is further discussed. The objective of this theoretical essay is to discuss the health trajectory in Brazil until the implementation of the SUS and report the health care networks, with emphasis on basic care. Therefore, it was carried out in a bibliographic survey about the subject. In this sense, it is verified that the implementation of the SUS contributes to the improvement of the quality of life, increasing the access to the health of the Brazilians.

Key-Words: SUS, health, basic attention

Introdução

Há 30 anos de história, o Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui em uma das políticas mais fortes da história do nosso país. Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal fundamentando-se legalmente o SUS completa-se a busca de implantação de um estado de bem-estar social. A nova constituição transformava a saúde em direito de todo cidadão e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, o processo de organização da saúde pública no Brasil (PAIVA; TEIXEIRA, 2013).

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

Para Paim (2006) políticas de saúde são entendidas como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações bem como seus determinantes, produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. O SUS promoveu a unificação das políticas de saúde assim como a universalização do acesso a esses serviços. Organizou a oferta de serviços de forma descentralizada, com a participação pactuada dos diversos níveis de governo. Em suas prioridades, a atenção básica incorporou em suas responsabilidades atividades de vigilância sanitária e epidemiológica, assistência farmacêutica e promoção da saúde bucal (CASTRO; OLIVEIRA, 2014).

Dessa forma esse artigo tem como objetivo discorrer sobre a trajetória de saúde até a implementação do SUS, relatar as redes de atenção à saúde, com ênfase na atenção básica à saúde.

Metodologia

Baseia-se em um ensaio teórico baseado em levantamento bibliográfico sobre uma das principais políticas públicas de saúde.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Durante o período colonial e imperial, os problemas de saúde da população não se restringiam apenas ao campo da medicina. Uma medicina erudita era realizada pelos médicos, cirurgiões e boticários de formação europeia que atuavam apenas nas maiores cidades, no atendimento das camadas mais altas da população. A saúde da população mais pobre e escravos ficava aos cuidados da solidariedade comunal, curandeiros e cuidados oferecidos pelas ordens religiosas através das Santas Casas de Misericórdia (ESCOREL, TEIXEIRA, 2008).

Esses autores complementam que, os problemas de saúde eram frequentes, principalmente doenças relacionadas ao modo de vida e trabalho. Escravos, índios e colonos sofriam com as doenças causadas pela falta de nutrientes e pelas epidemias (ESCOREL, TEIXEIRA, 2008).

Com a abolição da escravatura, em 1888 e a chegada de inúmeros imigrantes para o Brasil, associado as precárias condições sanitárias fez com que houvesse um aumento significativo de doenças transmissíveis e epidemias (peste, febre amarela e varíola) gerando grandes prejuízos econômicos para o país (LUZ, 1991; MACHADO, 2012). As campanhas sanitárias passariam a assumir um papel importante, principalmente no controle dos portos.

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

Marcando o início das políticas sociais do Brasil, em 1923 é criada a Lei Elói Chaves que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) que eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica-curativa, medicamentos, aposentadorias e pensões apenas aos funcionários vinculados às empresas (CIELO; SCHIMIDT; WENNINGKAMP, 2015). Portanto, uma pequena parcela dos trabalhadores tinha o direito de assistência à saúde que estava restrito a condição de segurado.

Em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) organizando os trabalhadores por categorias e não mais por empresas (BRASIL, 2011). A assistência era limitada os trabalhadores de empregos formais, de acordo com os sindicatos instituídos por Getúlio Vargas. Para Escorel e Teixeira (2008) esse modelo corresponde a uma cidadania que não está baseada em valores políticos universais, mas sim em um sistema de estratificação ocupacional (cidadania regulada). Os trabalhadores rurais, informais e domésticos eram vistos como pré-cidadãos.

Os anos 1950-60 ficaram conhecidos como uma tentativa de implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico 'moderno', integrado à ordem capitalista industrial (LUZ, 1991). No ano de 1953 foi criado o Ministério da Saúde. Com o caráter desenvolvimentista, as ações estavam voltadas para a criação de grandes hospitais, tornando a assistência à saúde mais cara e os hospitais eram os principais pontos de referência para buscar o atendimento de saúde (BAPTISTA, 2007).

A 3^a Conferência Nacional de Saúde (3^a CNS), realizada em dezembro de 1963, foi o último evento da saúde na experiência democrática, anterior ao período militar. Apresentou como pautas a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara tendência de municipalização dos serviços de saúde (BRASIL, 2011, ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Já no período militar, ocorreram reformas institucionais, com a união dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Servidores (IAPs), com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1974, o governo militar criou o INAMPS, desmembrando-o do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atual Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O INAMPS coordenava as ações de saúde com o objetivo de prestação de atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, na qual a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada, com as quais estabeleciam convênios prevendo a remuneração por procedimento, com direcionamento para mercantilização da saúde (BRASIL, 2011, CIELO; SCHIMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

Buscando incentivar a expansão do setor privado, durante esse período, a assistência médica visualizou uma grande expansão em número de leitos disponíveis com a construção ou a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público com recursos financeiros da Previdência Social com enfoque na medicina curativa e concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país (BRASIL, 2011).

Em 1975, o modelo implantado pela ditadura militar começa a entrar em crise tanto no modelo econômico e social como nas condições de saúde. A população com baixos salários, contidos pela política econômica, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começava a mostrar as suas mazelas (POLIGNANO, 2006; BRASIL, 2011).

Historicamente, a saúde brasileira havia se tornado um modelo baseado na doença - individual, assistencialista, hospitalocêntrico e curativista. (AMARANTE; RIZOTTO; COSTA, 2015). A saúde pública estava em situação caótica e aumentava as reivindicações para a solução dos problemas criados pelo sistema vigente (BRASIL, 2011).

Segmentos da sociedade civil, estudantes, profissionais e intelectuais iniciaram os movimentos em torno das questões de saúde (PAIM, 2008). Atuando sob pressão do regime autoritário, o movimento sanitário caracterizou-se, gradualmente, como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Nesses primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Na década de 1980, amplia-se o movimento de contestação ao sistema de saúde governamental estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do País e detalhando o projeto para concretizar a saúde para a população brasileira (SCOREL 1999). As propostas caracterizavam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, universalização dos serviços e defesa do caráter público do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Nos últimos meses do período militar, o movimento sanitário participou ativamente, junto com os setores da sociedade no movimento "Diretas Já!" trabalhando, específica e intensamente a problemática de saúde diante das perspectivas de um regime democrático e mais justo (SCOREL 1999).

Em 1985 o regime militar chega ao fim e começa uma série de reuniões com elaboração de

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

documentos que aprofundavam a proposta de saúde para a transição demográfica enfatizando a participação dos usuários com ampliação do acesso e melhora da qualidade da atenção à saúde (PAIM, 2008).

No ano de 1986 ocorreu um grande marco na história da saúde. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde onde se lançou os princípios da Reforma Sanitária evidenciando que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (BRASIL, 2011). Esse evento contou com ampla participação popular incluindo membros da sociedade civil, profissionais e usuários da saúde, em um exemplo de participação, que aprovou por unanimidade as mudanças previstas para a área da saúde (BAPTISTA, 2007).

Em seu relatório final, a 8ª Conferência Nacional de Saúde define saúde como “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde[...].” (BRASIL, 1986) e posteriormente serviu de base a formulação da nova constituição.

O movimento sanitário caracterizou-se por ser um movimento democrático da saúde que tinha como principais objetivos fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2013), constituindo assim um sistema único com formação de propostas para a transformação da saúde brasileira, constituindo a Reforma Sanitária Brasileira (SCOREL, 1999).

A partir da Constituição Federal de 1988, em seu Artº 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASILa, 1988).

Conforme o Artº 198 da Constituição Federal de 1988, o SUS é definido como [...] ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade[...] (BRASILb, 1988).

Em 1990 foi promulgada a Lei 8.080 - Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O SUS foi instituído com base nos princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990).

Um dos mais importantes princípios do SUS é a participação da comunidade na sua gestão. Portanto, em 1990 foi promulgada a Lei 8.142, a qual 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. Fica instituído também as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de participação (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo do SUS, universal, público, participativo, descentralizado e integral e aumentando o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado (PAIM, 2013).

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Na gestão descentralizada e hierarquizada do SUS, cabe à União e aos Estados à cooperação técnica e financeira necessária para o desempenho da gestão municipal de saúde, responsável por prestar atendimento à população (ARRETCHE, MARQUES, 2007).

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população. Para fortalecer as ações do SUS, foi estruturada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), aperfeiçoando o funcionamento político-institucional, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2010; MENDES, 2011)

Segundo Lavras (2011), as RAS são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde - atenção básica, média e alta complexidade - onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

de apoio e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado - somando atividades preventivas e curativas, constituindo-se um instrumento para ampliação do acesso e diminuição de desigualdades em saúde (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

O modo de organizar as RAS define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas como, por exemplo, a atenção básica e serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica e equipamentos de imagem (MENDES, 2011).

Por muitos anos foi utilizado a figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo de saúde. Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional. O que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997).

Figura 1: Classificação da RAS na forma de pirâmide

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento



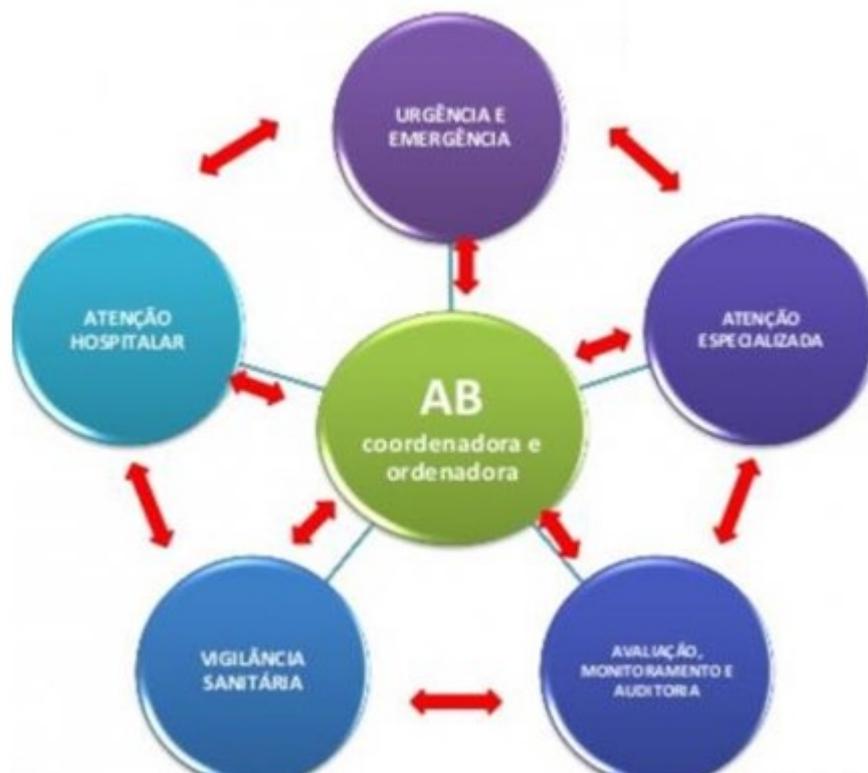
Fonte: <https://pt.slideshare.net/simonealmeida148/aps-e-redes-de-ateno-sade>

Para Cecílio (1997), pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços. O círculo se associa com a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza, da mesma maneira em que abre possibilidades e trabalha com múltiplas possibilidades de entrada. Por exemplo, RAS que envolve os setores de atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilância sanitária e avaliação/monitoramento, podendo se expandir para as escolas, conselhos tutelares, farmácia do bairro, enfim, diversas portas para o usuário entrar no sistema de saúde.

Figura 2. RAS na configuração de círculo



Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento



A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), principal porta de entrada do sistema, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

O modelo preconiza uma equipe de saúde multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) - Estratégia de Saúde da Família- que trabalha com definição de território adscrito, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. É considerada a principal porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos (SCOREL, 2007).

Ao longo de anos, muitas pessoas foram incluídas no atendimento e redes de serviços. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, em média 71% da população, o SUS é a única forma de atendimento (IBGE, 2013). O SUS pratica programas que são referência

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

internacional, mesmo considerando países desenvolvidos, como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos que tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos de saúde do mundo (MENDES, 2013).

Considerações Finais

O SUS é uma das políticas conquistadas pela luta dos cidadãos. Apesar de enfrentar atualmente inúmeras dificuldades, ainda é uma política que tenta amenizar as desigualdades e oferecer atendimento à população brasileira.

Conclui-se, reiterando a importância dessa política para a melhora da qualidade de vida da população brasileira que estabelece atendimento integral, equânime e igualitário para os cidadãos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P., RIZZOTTO, M.L.F., COSTA, A.M. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.7, p.2023-2029, 2015.

ARRETCHE, M. MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: XXVI Encontro Anual da ANPOCS no GT 14 de Políticas Públicas, 2002, Caxambu (MG). Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/papers-26-encontro/gt-23/gt14-15/4444-marques-arretche-condicionantes/file>

BAPTISTA, T.W.F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. MATTA, G.C., PONTES, A.L.M. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BRASIL. **8º Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final, 1986.

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASILa. Casa Civil. **Lei 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, Brasília, DF, 1990.

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

BRASILb. Casa Civil. **Lei 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, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF, 2010.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde:** Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica-** PNAB. Brasília, DF, 2012.

CASTRO J.A., OLIVEIRA, M.G. Políticas Públicas e Desenvolvimento. In: MADEIRA, L.M. **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre : UFRGS/CEGOV, 2014. 254 p.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. v.13, n.3, 1997.

CIELO, I.D, SCHIMIDT, C.M., WENNINGKAMP, K.R. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná. **DRd - Desenvolvimento Regional em debate**. v. 5, n. 1, p. 211-230, jan./jun. 2015.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 21, n.2, 2007.

SCOREL, S. Revisitando o movimento sanitário. In: **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

SCOREL, S. TEIXEIRA L.A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimento Populista. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA et al orgs. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2013.

KUSCHNIR, R., CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

Eixo temático: EIXO 1: Estado, Democracia, Políticas Públicas e Gestão Social do Desenvolvimento

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva.**v.1, n. 1, 1991.

MACHADO, R.R. Políticas de saúde no brasil: um pouco da história. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis**, v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, n.27, v. 78, 2013.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana, 2011.

PAIM, J., TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública.** v.40, n. esp., p. 73-80, 2006.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública.** v.29, n.10, p. 1927-1953, 2013.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 356p.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. 2006. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf
