

<http://dx.doi.org/10.15202/19811896.2016v21n42p127>

POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO

Raimundo Nonato Silva Gomes¹

RESUMO

O estudo objetivou analisar o contexto histórico das políticas de saúde pública no Brasil, levando em consideração a literatura atualizada. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que visou reunir e sintetizar informações já publicadas em periódicos científicos. A seleção do material foi realizada nos meses de junho a dezembro de 2015. O levantamento das informações se deu no ambiente virtual. Dos estudos analisados 2 foram publicados em 2011, 6 no ano de 2013 e 2 em 2014. Quanto ao idioma, 4 estudos foram publicados em inglês e 6 em português. Grande maioria dos estudos analisados foi publicada em periódicos brasileiros, com destaque para a Revista de Saúde Pública. Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização. Porém, o que ainda se observa é uma real dificuldade de acesso de determinadas populações, com destaque as ribeirinhas e as indígenas bem como falta de uma avaliação mais criteriosa de como tais políticas estão sendo implementadas e continuadas.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde Pública. Brasil.

PUBLIC HEALTH POLICY IN BRAZIL: HISTORICAL CONTEXT

ABSTRACT

The study aimed to analyze the historical context of public health policies in Brazil, taking into account the current literature. It is an integrative literature review, which aimed to gather and synthesize information already published in scientific journals. The selection of material was performed in the months from June to December 2015. The gathering of information took place in the virtual environment. Of the studies analyzed 2 were published in 2011, 6 in 2013 and 2 in 2014. As for the language, 4 studies were published in English and 6 in Portuguese. Most of the analyzed studies were published in Brazilian journals, notably the Journal of Public Health. There were institutional innovations such as an intense process of decentralization. But what is still observed is a real difficulty in accessing certain populations, especially the riverside and indigenous and lack of a more detailed assessment of how these policies are being implemented and sustained.

Keywords: Public Policy. Public Health. Brazil.

1 INTRODUÇÃO

Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde e nem

¹ Doutorando em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), Brasil. Especialista em Urgência, Emergência e Atendimento Pré-hospitalar pela Faculdade de Ensino Superior Dom Bosco (FDB), Brasil.
raigomezz19@gmail.com

mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas e ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. A vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro (CARVALHO, 2013).

A história mais recente nos aponta alguns caminhos. O primeiro deles refere-se a um esforço de guerra na extração da borracha e do manganês. Foi criado um sistema de saúde para atender as populações envolvidas. Teve inspiração e financiamento dos Estados Unidos que iniciaram o projeto através de um programa de ajuda. Eram denominados como Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), mais tarde transformada em Fundação SESP. Foi o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento da história do país (FINKELMAN, 2012).

O outro marco foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde no final de 1963 que coroava vários estudos para a criação de um sistema de saúde. Duas bandeiras dessa conferência: um sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) e organizado descentralizadamente (protagonismo do município) (CARVALHO, 2013; FINKELMAN, 2012).

A revolução industrial instalada no país também contribuiu significativamente para mudanças na saúde pública brasileira, pois a falta de mão de obra para as indústrias fizeram aumentar o quantitativo de imigrantes de outros países e também de enfermidades como: febre tifoide, tuberculose, febre amarela, poliomielite, difteria, tétano, entre outras (FINKELMAN, 2012).

Em 1986, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira mostrava-se como um grupo mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto contrário ao modelo médico assistencial vigente naquela época. Ou seja, o movimento de Reforma Sanitária estava em sua potência máxima de participação tanto é que se assume a saúde como uma questão central da sociedade neste ano. O movimento não era mais objetivo de um, dois ou três ministérios ou de um determinado grupo social representado pelos profissionais de saúde, era a mobilização da sociedade brasileira (BRASIL, 2012).

No entanto, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, que o Movimento de Reforma Sanitária mostrou a sua real força. Com a participação histórica de mais de cinco mil participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes sociais e políticos da sociedade civil organizada, a 8ª conferência foi um evento duplamente inédito, pois, jamais na história do Brasil houve a convocação de tantas pessoas para o debate de políticas ou programas de governo e porque todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (FINKELMAN, 2012; BRASIL, 2012).

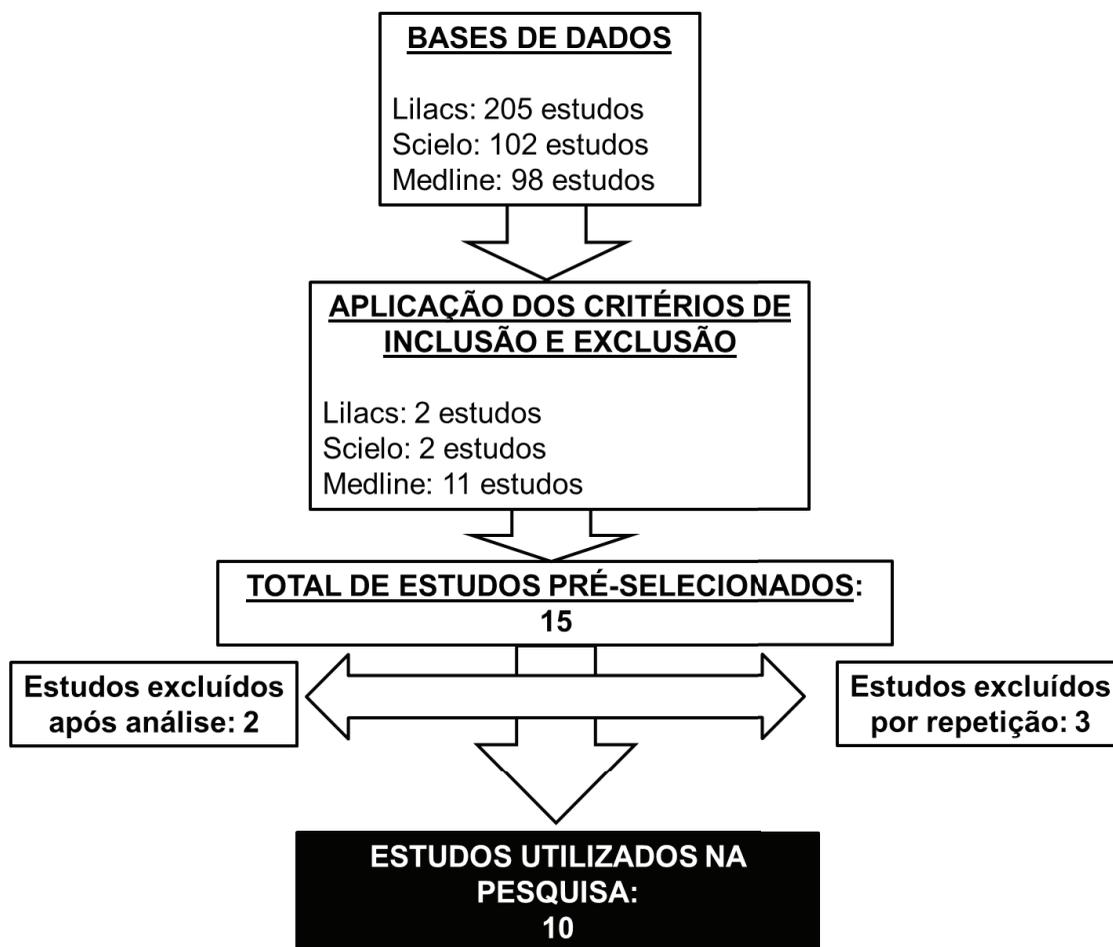
Assim a 8ª CNS se concretizou tendo como lema: “a saúde é determinada pela organização social”, o que resultou em uma mudança de reestruturação política e institucional, na qual lançou as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde (CARVALHO, 2013). Com base no exposto, o estudo objetivou analisar o contexto histórico das políticas de saúde pública no Brasil, levando em consideração a literatura atualizada.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, que visou reunir e sintetizar informações já publicadas em periódicos científicos. No presente estudo, foram descritos e discutidos, de forma ampla, o seguinte tema: contexto histórico das políticas de saúde pública no Brasil. Assim, esta revisão possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse.

A seleção do material foi realizada nos meses de junho a dezembro de 2015. O levantamento das informações se deu no ambiente virtual, nas seguintes bases científicas: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library OnLine) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), consultando periódicos nacionais e internacionais. As palavras-chave utilizadas foram: políticas públicas, saúde pública e Brasil. A Figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos estudos.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos analisados



Como critérios de inclusão utilizaram-se: artigos completos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados entre 2005 e 2015 e que se referiam diretamente ao tema proposto. E, como critérios de exclusão utilizaram-se: trabalhos publicados em anais de congressos, artigos incompletos e estudos publicados antes de 2005.

Durante as buscas nas bases de dados, foram localizados 405 estudos, 205 no LILACS, 102 no Scielo e 98 na Medline. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram para compor a amostra do estudo, 10 artigos. Sendo, 6 em português e 4 em inglês.

Posteriormente, a análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, classificaram-se todos os artigos em relação de ano, idioma e nacionalidade das publicações. Para a segunda etapa, seguiu-se a análise e discussão dos achados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Quadro 1 apresenta a relação dos estudos utilizados na pesquisa, demonstrando informações importantes de cada um dos estudos utilizados na investigação.

Quadro 1. Estudos utilizados segundo autores, ano, periódicos e idioma de publicação

E	Autores	Ano	Periódicos	Idioma
1	Paim J.	2011	Revista Séries.	Português
2	Victoria RT.	2011	Revista Séries.	Português
3	Belon AN, Nykiforuk C.	2013	Cad. Saúde Pública.	Inglês
4	Carvalho G.	2013	Estudos Avançados.	Português
5	Deslandes AKM, Aguiar S, Netol M, Porto FR.	2013	Rev. Latino-Am. Enfermagem.	Inglês
6	Friche AAL, Diez-Roux AV, César CC, Xavier CC, Proietti FA, Caiaffa WT.	2013	Jour Urban Health.	Inglês
7	Mota A, Schraiber LB.	2013	Rev. Saúde Pública.	Português
8	Nora CRD, Junges Jr.	2013	Rev. Saúde Pública.	Português
9	Lopes LC, Silveira MSN, Camargo IA, Barberato-Filho S, Fiol FSD, Castro CGSO.	2014	Rev. Saúde Pública.	Inglês
10	Silva RCC, Pedrosa MC, Zucchi P.	2014	Rev. Saúde Pública.	Português

Fonte: Dados da pesquisa. Legenda: E = Estudo.

No que se refere ao ano de publicação dos estudos analisados 2 foram publicados em 2011, 6 no ano de 2013 e 2 em 2014. Quanto ao idioma, 4 estudos foram publicados em inglês e 6 em português. Grande maioria dos estudos analisados foi publicada em periódicos brasileiros, com destaque para a Revista de Saúde Pública.

O Quadro 2 apresenta os principais resultados levantados nos estudos, levando-se em consideração cada um dos trabalhos utilizados na confecção desta revisão.

Quadro 2. Principais resultados encontrados no estudo.

E	Principais resultados
1-2-3	O descobrimento do Brasil coincidiu com o nascimento da medicina moderna no mundo, com investigações, estudos e descobertas que deram à medicina o cunho científico que passará a ter. Nesse momento histórico, as doenças eram encaradas pelos índios, população nativa do Brasil, como castigo ou provação, cujas causas eles reconheciam como reflexo da vontade de um ser sobrenatural, ação de astros e dos agentes climáticos ou força de uma praga ou feitiço.
4-5	O Brasil passou por quatro períodos que marcaram a perspectiva histórica do país, são eles: período colonial, imperial, república velha e nova república. Em cada um desses períodos a prestação da assistência à saúde foi realizada de forma diferenciada.
6-7	As necessidades de saúde geradas no processo de desenvolvimento econômico e social, de controle de doenças que visavam à manutenção da força de trabalho em quantidade e qualidade adequadas, determinaram, como parte do processo de organização do Estado republicano, a montagem da estrutura sanitária encarregada de responder a essa demanda. A simples fiscalização não resolveria o problema: era preciso uma ação governamental mais abrangente, em bases mais científicas.
8-9-10	O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação pública e privada financiada, sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentro das concepções empíricas, místicas e mágicas da doença quando as pessoas adoeciam, recorriam ao pajé, que exorcizava os maus espíritos e utilizava plantas e substâncias diversas no tratamento dos enfermos (DIOGO, 2010).

Os primeiros colonizadores, obviamente, não endossavam esse sistema de atendimento. Um dos objetivos dos portugueses era converter os indígenas ao cristianismo e isso significava neutralizar a influência do pajé; e talvez, principalmente, cuidar da saúde dos habitantes da terra (MORÃES, 2011).

3.1 Saúde pública no período colonial, imperial, república velha e nova república

No período colonial os padres jesuítas tiveram papel importante na assistência aos doentes, levando medicamentos, por eles manipulados em suas boticas, e alimentos aos pacientes, além de aproveitarem aquele momento para a catequese. O progressivo desenvolvimento da colonização levou ao desaparecimento da assistência médica jesuítica, substituída pelos físicos, como eram conhecidos os médicos da época, e pelos cirurgiões-barbeiros (BRASIL, 2013).

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, incorporou-se o caráter de ação denominado de Polícia Médica, originário da Alemanha do século XVIII. Essa concepção propunha a intervenção nas condições de vida e saúde da população, com o propósito de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias. Tratava-se de um controle-profilaxia, de vigilância da cidade, para controlar as instalações de minas e cemitérios, o comércio do pão, vinho e carne (DIOGO, 2010).

Em 1808, D. João VI atribuiu a Fisicatura as ações voltadas para os problemas de higiene do meio urbano, que esboça a ideia de uma Política Sanitária da cidade. A concepção adotada, sobre as causas das doenças baseava-se na teoria miasmática, que concebia as emanações de elementos do meio físico como seus agentes responsáveis, considerados insalubres porque ainda não se conhecia a existência dos microrganismos. Considerava-se que o ar era o principal causador de doenças, pois carregava gases pestilências oriundos de matéria orgânica em putrefação (BRASIL, 2010).

Com a mudança da sede do governo português para o Brasil, a Colônia ganha importância e a abertura dos portos, como uma de suas consequências, intensifica o comércio exterior e exige a criação de várias instituições até então inexistentes, dando outra vida à antiga colônia, que, em 1815, passa à condição de Reino Unido a Portugal e Algarve (MORÃES, 2011).

Em 1849, durante um contexto epidêmico, se revogou a municipalização, recriando-se órgãos centralizados, para melhorar os Serviços Sanitários do Império e, em 1850, por ocasião da segunda grande epidemia de febre amarela, iniciada no Rio de Janeiro no ano anterior (demonstrando a precariedade da organização sanitária municipal), foi criada a Junta Central de Saúde Pública, embrião do que viria a se constituir no Ministério da Saúde. A Junta Central de Saúde Pública incorporou os estabelecimentos de Inspeção de Saúde dos Portos do Rio de Janeiro e do Instituto Vacínico. Nessa época, a chamada Medicina Tropical – responsável pela atenção a doenças como malária, febre amarela e várias parasitoses –, passou a ser objeto de interesse não apenas médico ou sanitário, mas também econômico e político (CARVALHO, 2013; PINTO, 2012).

No final do século XIX e começo do século XX, ocorreu grande aumento da emigração europeia para o Brasil, formada por pessoas muito suscetíveis às doenças tropicais. A péssima situação sanitária do País prejudicava até mesmo a economia, que dependia, fundamentalmente, da exportação do café. Navios recusavam-se a vir ao Brasil (BRASIL, 2013).

Na fase heroica dos institutos pesquisas, muitos médicos atuavam ao mesmo tempo como cientistas e como sanitaristas. Seguindo o exemplo de Oswaldo Cruz, Emilio Ribas e Vital Brasil, seus discípulos realizavam pesquisas laboratoriais e, paralelamente, empreendiam arriscadas viagens pelo interior do Brasil, dando continuidade e seus estudos e oferecendo soluções práticas para os problemas sanitários das regiões visitadas (PINTO, 2012).

A partir desta época, o governo começou a empregar mais dinheiro em pesquisas e começou a contratar mais pessoas especializadas a fim de que a termo de saúde o Brasil não apresentasse situação abaixo do restante do mundo, mas mesmo assim não foi o suficiente, pois sabemos até hoje que, embora a situação do Brasil tenha melhorado muito em relação aos tempos passados, muitas necessidades existem e devem ser sanadas, principalmente pelo grande dificuldade que o território apresenta, tanto em tamanho como em acesso a determinadas regiões (BRASIL, 2015).

3.2 Saúde pública na atualidade

O aprofundamento da falta de sustentação de um modelo de saúde centralizado, altamente custoso, desintegrado no seu componente preventivo e assistencial, apresentando uma crônica escassez de recursos para desenvolvimento das práticas coletivas, atinge um nível insustentável. Esse processo do setor Saúde, acompanhado pelo aumento da consciência sanitária no País,

insere-se no contexto de democratização, não só do movimento das suas categorias profissionais como também de setores da população (SOUZA, 2011).

A saúde é uma das principais preocupações do brasileiro e também um dos maiores desafios dos governantes. O sistema de saúde pública que tem a pretensão de atender a todos os brasileiros, sem distinção, apresenta falhas em seus principais programas. Um exemplo é a Saúde da Família, que tem o objetivo de atuar na prevenção de doenças, alterando um modelo de saúde centrado nos hospitais (FINKELMAN, 2012).

Em 20 anos, no entanto, nenhum Estado alcançou cobertura completa. Apenas dois ultrapassaram os 90% de cobertura: Piauí e Paraíba. Na outra ponta, sete estados têm atendimento abaixo da metade: Amazonas, Rio de Janeiro, Paraná, Roraima, Rio Grande do Sul, São Paulo e Distrito Federal, com 20%. A consequência dessa e de outras falhas são hospitais lotados. Dados do Tribunal de Contas da União (TCU) indicam que 64% dos hospitais estão sempre com superlotação. Apenas 6% nunca estão cheios. Outro problema nacional é a mão de obra. Não só faltam médicos no interior, mas também estrutura para o atendimento e oportunidades para a capacitação dos profissionais. A formação dos médicos também é questionada (BRASIL, 2015; PAIM, 2011).

Sabe-se que, com o acesso facilitado de estudantes às diversas universidades do país, embora tenha aumentado o número de profissionais em várias profissões no mercado, a qualidade desta mão-de-obra, muitas vezes é questionada em sua competência e formação. Algumas profissões necessárias não fazem ainda parte da Estratégia Saúde da Família, tais como nutrição, fisioterapia e psicologia, com suas ações sendo realizadas, na maioria das vezes, desvinculadas da real necessidade dos usuários do serviço público, o que em muito, dificulta resultados satisfatórios (MOTA; SCHRAIBER, 2013).

Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (NORA; JUNGES, 2013).

3.3 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de saúde que reúne todas as ações, serviços e unidades de saúde de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, de forma integrada. O SUS é considerado um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo, e presta serviços de forma gratuita a toda a população brasileira (PINTO, 2012).

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito por voto popular desde a ditadura militar, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS (PAIM, 2011).

O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente por corrupção. A descentralização aumentou e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF). Um novo plano de estabilização econômica (Plano Real) foi introduzido em 1994, trazendo políticas de ajuste macroeconômico e projetos de reforma do Estado. Fernando Henrique Cardoso foi eleito Presidente em 1994 (e reeleito em 1998), promovendo novos processos de

ajuste macroeconômico e de privatização. Luiz Inácio Lula da Silva (eleito em 2002 e reeleito em 2006) manteve alguns aspectos da política econômica de seu antecessor, mas suspendeu as privatizações e, em seu segundo mandato, promoveu um programa desenvolvimentista (VICTORA, 2011; BELON; NYKIFORUK, 2013; FRICHE et al., 2013).

Um dos pilares do Sistema Único de Saúde passa a ser a descentralização de funções, sob o comando único em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal, o que implica o direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2010).

O acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou consideravelmente após a criação do SUS. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde (LOPES et al., 2014; SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014).

O SUS é dividido em eixos, que levam em consideração o nível de assistência prestada, sendo dividido em Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária e Atenção Terciária. Quanto à APS, seu principal componente é a Estratégia Saúde da Família (SF), que surgiu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1994. No início, denominado em Programa Saúde da Família (PSF). Que deve possuir, no mínimo, uma equipe composta de enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde e técnicos de enfermagem (NORA; JUNGES, 2013; DESLANDES et al., 2013).

A Estratégia Saúde da Família (SF) possui vários programas integrados ao seu modelo de prestação de assistência à saúde, na qual, dentre os mais importantes estão: programas de imunização; programa nacional de atenção integral à saúde da mulher; saúde do idoso; saúde da criança e adolescente; saúde bucal; programa de controle, prevenção e tratamento da hanseníase e tuberculose; além do HiperDia, que presta assistência aos hipertensos e diabéticos. Todos os programas que compõem a SF da família visam à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da clientela que necessita da Atenção Primária à Saúde (MOTA; SCHRAIBER, 2013).

Além dos programas ligados à SF, atualmente, a atenção à saúde consta com os programas de Urgências e Emergências (SAMU e UPAs); Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN; Farmácia Popular; Programa de Controle do Câncer; Programa de Controle do Tabagismo; Programa Nacional de Humanização; Mais Médicos; dentre outros (SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014).

4 CONCLUSÃO

Nos últimos anos, por meio da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve grandes avanços na implementação do SUS. Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema.

No trabalho, pôde-se evidenciar como o SUS aumentou amplamente o acesso à assistência à saúde para a população brasileira, atingindo-se a cobertura universal para a vacinação e a

assistência pré-natal; aumentou a conscientização da população sobre o direito à saúde vinculada à cidadania; e investiu na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde, incluindo a produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos do país.

Em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, articulação público/privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

REFERÊNCIAS

BELON, A. N.; NYKIFORUK, C. Possibilities and challenges for physical and social environment research in Brazil: a systematic literature review on health behaviors. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 101-110, out., 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Saúde pública no Brasil. **Parecer Técnico 01/2015**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise de Alguns Aspectos do Processo de Descentralização no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contextos históricos da saúde pública no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARVALHO, G. Saúde pública. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 200-245, jan./mar., 2013

DESLANDES, A. K. M. et al. The image of care delivery by Public Health Nurses as disseminated in Revista da Semana (1929). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 455-463, jan./fev., 2013.

DIOGO, B. T. **História da Saúde no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Atica, 2010.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FRICHE A. A. L. et al. Assessing the Psychometric and Ecometric Properties of Neighborhood Scales in Developing Countries: Saúde em Beagá Study, Belo Horizonte, Brazil, 2008–2009. **Jour. Urban Health**, v. 90, n. 2, p. 246-261, feb., 2013.

LOPES, L. C. et al. Biological drugs for the treatment of psoriasis in a public health system. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 250-259, abr., 2014.

MORÃES, U. J. **Saúde brasileira no período colonial e imperial**. 3ª ed. São Paulo: Editora Ferreira, 2011.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 33-44, maio, 2013.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 322-330, jun., 2013.

PAIM, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista Séries**, v. 1, n. 4, p. 11-25, out./dez., 2011

PINTO, A. **Manual básico de saúde pública: um guia prático para conhecer e garantir seus direitos**. 1ª ed. Curitiba: Penápolis, 2012.

SILVA, R. C. C.; PEDROSO, M. C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Rev. Saúde Pública**; v. 48, n. 1, p. 40-49, jan., 2014.

SOUZA, R. B. **Contexto histórico da saúde brasileira**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec Ltda, 2011.

VICTORA, R. T. A saúde sob a ótica política. **Revista Séries**, v. 1, n. 4, p. 26-35, out./dez., 2011.