

## Saúde Pública Brasileira: Lutas e Legados

### **Josué da Silva Brito**

Faculdade Atenas Passos, Passos-MG, Brasil

josuebrito.professor.passos@uniatenas.edu.br

<https://orcid.org/0000-0003-2142-3689>

### **Maria Eduarda de Souza Freire**

Faculdade Atenas Passos, Passos-MG, Brasil

madufreire1432@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9155-6546>

### **Gabriel Luiz de Jesus Ribeiro**

Centro Universitário Atenas, Paracatu-MG

paulofreireifm@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6320-1796>

### **André Macedo Teixeira**

Faculdade Atenas Passos, Passos-MG, Brasil

andremacedoteixeira2000@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-7780-3294>

### **Livia Gontijo Silva**

Faculdade Atenas Passos, Passos-MG, Brasil

liviagsmedicina@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-0749-0279>

### **Nicolli Bellotti de Souza**

Faculdade Central de Cristalina, Cristalina-GO

nicolibellotti8@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8440-1482>

## RESUMO

A conquista de uma saúde pública universal e integral foi um evento recente da saúde brasileira. A criação de um Sistema único de Saúde (SUS, através da Constituição de 1988, rompe com um histórico marcado pelo descaso, ausência de políticas públicas efetivas, crises de financiamento e planejamento. A saúde atual, enquanto sistema universal de saúde, antagoniza com os modelos anteriores de saúde voltados para o trabalhador formal e que primavam por ações curativistas, como os que existiram durante a ditadura militar brasileira. Também se mostra oposta à gestão sanitária do Brasil colônia e do império, em que as ações sanitárias eram reativas e voltadas ao controle de epidemias e endemias. O SUS, que completará 35 anos de regulamentação, é construído tendo como base a universalidade, a integralidade e a equidade e tem como uma das suas diretrizes a participação popular. Contudo, mesmo após todo esse período, o sistema ainda enfrenta dificuldades na sua consolidação. Sofre com o subfinanciamento, com burocratização e com a desmobilização social. Este artigo busca revisitar criticamente a história da saúde pública brasileira, tendo como base a história política brasileira, pontuando lutas de diferentes momentos históricos na construção de uma saúde pública.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; História da Saúde Pública; Programas Nacionais de Saúde; História da Medicina.

### **Brazilian Public Health: Struggles and Legacies**

## ABSTRACT

The achievement of a comprehensive and universal public healthcare system is a relatively recent development in Brazilian health. The creation of the Unified Health System (SUS) through the 1988 Constitution marked a significant departure from a history characterized by neglect, absence of effective public policies, funding crises, and poor planning. The current health system, as a universal healthcare model, contrasts with previous models that catered to formal workers and focused on curative actions, as seen during the Brazilian military dictatorship. It also stands in opposition to the colonial and imperial eras' sanitary management, where health measures were reactive and aimed at controlling epidemics and endemias. The SUS, now nearing 35 years of regulation, is built on principles of universality, comprehensiveness, and equity, with popular participation as one of its core guidelines. However, despite this extended period, the system still faces challenges in terms of consolidation, suffering from underfunding, bureaucratization, and social demobilization. This article critically revisits the history of Brazilian public health, grounding its analysis in the context of Brazilian political history, highlighting the struggles across different historical moments in the construction of public health.

**Keywords:** Public Health; History of Public Health; National Health Programs; History of Medicine.

## **Introdução**

A história sanitária brasileira foi marcada por negligências, acesso dificultoso, desorganização dos sistemas de prestação de serviços à saúde e sucessivas crises no financiamento. Durante o período colonial e a maior parte do período republicano, as ações foram reativas, isto é, construiu-se no país um sistema sanitário que visava responder a epidemias e endemias, principalmente aquelas que causaram algum impacto comercial. Já no período ditatorial, o caos sanitário revelou-se pela sobreposição de algumas funções, especialmente as curativistas, enquanto outras demandas, sobretudo as preventivas, não foram atendidas (CORDEIRO, 2004).

A conquista de um sistema público de saúde universal no Brasil foi tardia. Somente em 1988, através da Constituição Federal, como resultado da luta conjunta da população, profissionais de saúde, sanitaristas e legisladores, ocorrida nas décadas de 1970 e 1980, foi possível se fundar um sistema que visa tanto pelos cuidados preventivos quanto curativos (ALMEIDA, 2013; BRASIL, 1988).

Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios democráticos e a missão de preservar e promover a saúde, rompeu com toda uma história marcada por múltiplas epidemias e descaso generalizado por parte do Estado (ALMEIDA, 2013; NUNES, 2000; VIOTTI, 2012). O pouco tempo de fundação do SUS demonstra fracasso e irresponsabilidade com os cuidados sanitários (OSMO; SCHRAIBER, 2015; PAIM, 2018). Ademais, os ataques políticos e contingenciamentos de verbas constantes, oriundos, muitas vezes, de uma concepção individualista e avessa à coletividade e à igualdade, demonstram que o sistema ainda não se tornou de fato consolidado (PAIM, 2018) e ainda perpetua carências só compreensíveis através da análise histórica do tema.

Este artigo buscou revisitar a história da saúde pública no Brasil pontuando dificuldades, personagens e desafios que perduraram além dos regimes de governo e dos períodos históricos, traçando perspectivas para o futuro.

## **Metodologia de Pesquisa**

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental, nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde) e Catálogo de Teses e Dissertações – CAPES. Para tanto, pesquisou-se os termos “Sistema Único de Saúde” OR “Saúde Pública” OR “Saúde Brasileira” AND “História da Saúde” OR “História”. Inclui-se artigos publicados entre 1980-2022, em português, inglês ou espanhol, originais ou de revisão. Ademais, a pesquisa foi complementada pela busca de legislação brasileira constitucional e infraconstitucional, manuais e notas técnicas do Ministério da Saúde e livros de história brasileira.

## **Discussões de Resultados**

### **Colônia, reino unido e império (1500 – 1889)**

O período que compreende o Brasil como colônia, reino unido a Portugal e Algarves e império, apresentou escassas medidas de saúde pública, isto é, políticas implementadas e mantidas pelo Estado com a finalidade de enfrentar as carências sociais. Os grandes agravos à saúde, dessa forma, estavam ligados à insalubridade das vias públicas e dos portos, ao deteriorado ambiente de trabalho e às péssimas condições da vida urbana e da rural (CIELO et al., 2015; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; SCHWARCZ; STARLING, 2015). O período colonial, sobretudo, marcou-se por epidemias e endemias de escorbuto, boubas, sarampo, varíola, febre tifoide, peste bubônica, sífilis e malária. Essas, relacionadas ao comércio marítimo, acometendo principalmente a população africana, vítima de transporte sub-humano nos navios negreiros (VIOTTI, 2012; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2016; GURGEL et al., 2011).

No século XVI, faltam profissionais médicos oficiais no país, havendo, em razão disso, a disseminação de boticários (farmacêuticos) e outros profissionais sem formação oficial, como cirurgiões-barbeiros. Contemporâneo a isso, são fundadas as Santas Casas de Misericórdia, primeiras instituições de internação do país (OSMO; SCHRAIBER, 2015; SÁ, 2007; SOARES, 2001).

A falta de uma política pública e de controle de epidemias resultou em repercussões econômicas. Diversas províncias da hoje região nordeste, no século XVII, foram assoladas por epidemias de varíola e febre amarela. As epidemias acarretaram morte de escravos, índios e brasileiros e levaram, em alguns momentos, a parada completa da produção de açúcar, o que estimulou a criação de campanhas sanitaristas voltadas a profilaxia das doenças e introdução, a partir de 1804, da vacinação para varíola no país (GURGEL, 2009; LISBOA, 2011).

O contexto político e sanitário brasileiro modificou-se, mesmo que de forma sutil, com a chegada da família real portuguesa em 1808. Foram criadas instituições administrativas necessárias para o controle do reino, abertos os portos para as nações amigas (o que aumentou a circulação de pessoas, produtos e, por conseguinte, de doenças) e foi permitida a instalação de manufaturas no país. O príncipe regente dom João também criou as primeiras escolas de medicina em território nacional, em ordem, em Salvador e no Rio de Janeiro. A criação das escolas, entretanto, não representou um aumento da medicina formal no território nacional como um todo, apenas resultou em uma maior concentração de médicos na capital (OLIVEIRA, 2008; SILVA, 1977).

As medidas regenciais permitiram a estruturação de um sistema sanitário mínimo (controlado pelas juntas municipais) que exercia o controle de navios e portos. A maior parte das cidades não apresentava, contudo, comércio exterior e, por isso, encontrava-se desprotegida, sendo assolada por diversas epidemias que ocorriam desde o período colonial (SCHWARCZ; STARLING, 2015; SÁ, 2007; PAIM et al., 2011).

Após 1822, com a independência brasileira, é redigida a Constituição de 1824. Essa não trouxe de forma significativa a proteção ou políticas de saúde pública. O termo saúde

apresenta-se citado uma única vez para definir que a proibição de trabalho, cultura, comércio ou indústria só poderia ocorrer se houvesse oposição a saúde, segurança e costumes públicos dos cidadãos, no artigo 179, inciso XXIV. No mesmo artigo, o inciso XXXI, define que “a constituição também garante os socorros públicos”, porém sem definir os meios e a amplitude dessa garantia (BRASIL, 1886; RIBEIRO; JULIO, 2010; SILVA, 2017).

Em um ambiente de inércia estatal, os médicos brasileiros Joaquim Candido Soares de Meirelles e José Martins da Cruz Jobim e os estrangeiros Jean Maurice Faivre, Luiz Vicente De-Simoni e José Francisco Xavier Sigaud fundaram, em 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ). Essa associação apresentou um importante papel na luta por políticas de saúde pública, atuando como órgão consultivo nas questões de higiene pública, ensino e condutas na medicina. Ela rivalizou com a medicina colonial e seu obscurantismo característico. Sua atuação foi ampla e incluiu, durante império, denúncias com relação a carência de hospitais, a falta de regulamentação dos serviços de saúde, a insalubridade das casas e o péssimo saneamento, tendo adotado o neo-hipocratismo, isto é, a noção de que havia uma relação bem estabelecida entre doença, natureza e sociedade. A SMRJ defendeu a necessidade de transformar a saúde em uma questão pública (NUNES, 2000; SÁ, 2007; FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997). A partir de 1835, a SMRJ se tornou a Academia Imperial de Medicina e houve modificações da organização interna e do projeto público, que resultaram em dependência do Estado e isolamento institucional (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997).

No segundo império, com a ascensão de dom Pedro II ao trono (SILVA, 1977), iniciou-se um ciclo marcado por incentivo estatal a academias e sociedades, transferência da responsabilidade pela saúde dos portos para o governo central, investimento no abastecimento de água e na gestão de esgoto e maior influência do higienismo nas políticas estatais, sendo traço marcante a criação da Junta Central de Higiene Pública em 1850. Essa junta teve como missão a intervenção em locais insalubre, podendo propor medidas necessárias para o bem da salubridade pública (BRASIL, 1850; DELAMARQUE, 2011; MURTHA; CASTRO; HELLER, 2015). Ainda no período, em 1846, foi criado o Instituto Vacínio do Império e decretada a vacinação obrigatória para varíola em todos os municípios — medida inócua devido as dificuldades logísticas e a inexistência de produção industrial (GURGEL et al., 2011; GURGEL, 2009).

As providências imperiais não conseguiram livrar a população da ocorrência das epidemias. O controle de doenças era precário, não havia fiscalização efetiva e as recomendações de profissionais de saúde foram ignoradas por todos os níveis de administração pública. Havia também discordâncias quanto a medidas sanitárias: algumas correntes propunham o isolamento do doente enquanto outras o controle sanitário das cidades. Essas deficiências permitiram a ocorrência de epidemias de cólera, febre amarela e varíola — mais significativas durante as décadas de 1840 a 1870 (DELAMARQUE, 2011).

### **República velha (1889 – 1930)**

A república brasileira nasce da inércia do império em reagir ao fortalecimento republicano e a dificuldade de atender as demandas sociais e políticas de diferentes segmentos, como o exército (CARVALHO, 1987). O novo regime foi regido pela Constituição de 1891. Essa carta constitucional também não trouxe em seu escopo o reconhecimento do direito à saúde, mencionando, apenas o dever do Estado em assegurar a “segurança individual”, conceito do qual se extrai a noção de proteção sanitária (SILVA, 2017).

A administração geral da república proclamada focou-se na valorização dos municípios e na federalização. As estruturas sanitárias, que durante o segundo império foram vinculadas ao governo imperial, foram descentralizadas (BERTOLOZZI; GREGO, 1996).

Nos anos iniciais da república, os desafios foram similares aos do segundo império. As cidades eram assoladas por doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste bubônica, varíola) e doenças de massas (como tuberculose, febre tifoide, hanseníase, as endemias rurais). A grande frequência de endemias na capital e uma possível ameaça econômica à produção de café no interior do país resultaram no fomento ao modelo sanitário campanhista, que pregava uma estratégia militar no combate às doenças e incorporava medidas coercitivas (PAIM et al., 2011; BERTOLOZZI; GREGO, 1996; FERTONANI et al., 2015).

A política sanitária da república velha é definida, em grande parte, pelo médico Oswaldo Gonçalves Cruz. Formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com passagem pelo Instituto Pasteur, em 1902, o médico foi diretor do Instituto Soroterápico Federal (posteriormente Fundação Oswaldo Cruz), onde realizou trabalhos na fabricação de vacinas e na medicina experimental. Foi, durante este período, que se estabeleceu o projeto de saneamento e reurbanização da capital federal com o apoio do presidente Rodrigues Alves (BERTOLOZZI; GREGO, 1996; BUSS; GADELHA, 2002).

Apesar da relevância das medidas idealizadas por Oswaldo Cruz no controle da febre amarela, varíola e peste bubônica, sua figura não era de unanimidade e foi criticada por jornais, políticos e positivistas. Em 1904, o estabelecimento da vacinação obrigatória foi o estopim para a revolta de uma população atingida brutalmente pelas reformas urbanistas do prefeito Pereira Passos, que incluíram a desapropriação de diversos prédios populares para o alargamento e modernização das ruas da capital (CANTISANO, 2016; HOCHMAN, 2011; SILVA, 1977). A Revolta da Vacina, nome que a popularizou, entretanto, possui elementos históricos que antecedem o período republicano. Ainda no império a vacinação era considerada como uma medida de “limpeza social na corte” (CANTISANO, 2015).

As medidas coercitivas do movimento sanitarista persistiram mesmo após a Revolta da Vacina, sendo uma marca da reforma sanitária da década de 1920. Essa reforma foi responsável pela criação do Departamento Nacional de Saúde e pelo fortalecimento da propaganda sanitária e pela promoção da higiene e combate a endemias e epidemias nas áreas rurais (SCHWARCZ; STARLING, 2015; BERTOLOZZI; GREGO, 1996).

Outro definidor das políticas sanitárias foi Carlos Justiano Ribeiro Chagas, mineiro, formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e orientado por Oswaldo Cruz durante o doutorado. Como cientista, destacou-se pela descrição, em 1909, da tripanossomíase

americana (doença de Chagas). Após a morte de Cruz, Chagas assume o Instituto Oswaldo Cruz (VASCONCELOS et al., 2011). Chagas foi um dos promotores da reforma sanitária, que buscou centralizar os serviços sanitários no país. Esse processo teve a participação dos “jovens turcos”, termo depreciativo em alusão ao autoritarismo das medidas implementadas por sanitaristas formados nos Estados Unidos (BERTOLOZZI; GREGO, 1996; ESCOREL, 2015).

A influência estrangeira no sanitarismo tornou-se maior com a instalação da Fundação Rockefeller em 1916 no Rio de Janeiro. Em relatório expedido ainda em 1916, a fundação declarou que os modelos de enfrentamento de doenças no país careciam de base científica e o treinamento médico era ausente. A instituição atuou no país até o ano de 1942, com o objetivo de difundir o sanitarismo estadunidense, tendo influenciado na adoção de uma política sanitária centralizada (LIMA; PINTO, 2003).

No campo social, a república velha teve como avanço mais notável a aprovação da Lei Eloy Chaves em 1923. A lei foi aprovada para reduzir a insatisfação social com a falta de benefícios previdenciários e de assistência à saúde dos trabalhadores. Essa legislação criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), órgãos subordinados a empresas, com o dever de fornecer serviços médicos, aposentadoria, pensão por morte e auxílio funerário. As caixas, entretanto, não garantiram acesso a todas as categorias profissionais e não estabeleceram meios de igualdade no acesso. Esse primeiro modelo de previdência social priorizava um modelo curativo e privado da medicina, que visava tratar o indivíduo a partir do problema relatado e não da sua real causa. Aqueles que não possuíam empregos e, por conseguinte, acesso às CAP's continuaram dependentes de hospitais filantrópicos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; XAVIER, 2015).

### **Era Vargas (1930 – 1945)**

Os quase 15 anos de governo Getúlio Vargas foram marcados por uma política social voltada aos trabalhadores, com a promulgação de leis e emissão de decretos que limitavam a jornada de trabalho, regularizavam a participação de crianças e mulheres no ambiente de trabalhos, asseguravam férias e dias de descansos (FAUSTO, 1996). Ainda no seu primeiro ano de governo, Getúlio Vargas criou o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, responsável por “assuntos relativos ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar”, competência anteriormente do Ministério da Justiça e Negócios Internos (BERTOLOZZI; GREGO, 1996).

A Constituição de 1934 definiu como competência dos Estados e da União o cuidado a saúde e assistência pública. Em termos de proteção social, a amplitude desta carta só é superada pela Constituição de 1988 (SILVA, 2017). Contudo, apesar desse avanço inicial, a Carta de 1937 levou a um grande retrocesso nas políticas sociais ao ignorar o direito à saúde (SANTI; ARGERICH, 2016). Essa apenas pontuou que a competência para estabelecer normas de proteção à saúde era da União e que a legislação trabalhista deveria incluir a proteção à saúde do trabalhador (SANTI; ARGERICH, 2016).

No campo previdenciário, intimamente ligado a promoção da saúde, as CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), autarquias responsáveis pela assistência médica previdenciária. Essa modificação representou uma maior centralização da prestação dos serviços previdenciários e de saúde. A qualidade dos serviços, contudo, era ligada a quantidade de recursos de cada instituto, criando desigualdades que vão se perpetuar na história da saúde (LIMA; PINTO, 2003; MENICUCCI, 2014).

De grande importância para a saúde pública, em 1942, é fundado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o qual tinha a finalidade de atuar na saúde pública da região norte e nordeste e vale do Rio Doce, realizando ações em locais estratégicos da extração de ferro e borracha, matérias-primas necessárias para o esforço bélico americano. O SESP tinha também como objetivo o treinamento de médicos, engenheiros sanitários e enfermeiros, uma das maiores carências apontadas pela Fundação Rockefeller (CAMPOS, 2008).

Durante o governo Vargas, ganhou projeção o médico e geógrafo recifense, Josué Apolonio de Castro. Josué de Castro destacou-se na luta por maior qualificação médica e pelos seus estudos sobre a fome e o impacto na saúde pública. O médico lutou pelo reconhecimento das desigualdades sociais e a privação alimentar como temas sanitários. Sua luta e sua obra resultaram em políticas governamentais destinadas a salvaguardar a segurança alimentar, tendo chegado à presidência da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) (ALVES, 2007; SILVA; NUNES, 2017; VASCONCELOS, 2008).

### **República democrática (1945 – 1964)**

A Constituição de 1946, vigente durante o período democrático de 1945-1964, reconheceu-se em seu texto o direito à vida, garantia ausente nos textos constitucionais precedentes. A União também é reconhecida como único fórum competente para legislar sobre a saúde (LIMA; PINTO, 2003).

Nesse período, o sanitarismo se reinventa no país. Passou a predominar a corrente denominada sanitarismo desenvolvimentista, um modelo sanitário aliado com o bem-estar social. Esse concebia que era preciso o desenvolvimento econômico (incluindo industrialização, urbanização e avanço tecnológico) para se garantir a saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 200; (SCOREL, 2015). Esse movimento teve como mentor o sanitarista Mario Magalhães da Silveira, médico maceioense, defensor da necessidade de municipalizar e integrar as saúdes públicas (SCOREL, 2015; REIS, 2015).

Em 1953, por uma iniciativa do médico e deputado federal Rui Santos, que havia apresentado o projeto inicial em 1950, surgem dois ministérios autônomos, anteriormente ligados, o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde (MS). O ministério surgiu em um contexto de enfraquecimento do poder executivo e teve como primeiro-ministro o também deputado Miguel Couto Filho, médico que acreditava que a saúde pública deveria ter como foco a área rural e a interiorização da atenção à saúde (HAMILTON; FONSECA, 2003). Diferente das pretensões iniciais, todavia, o novo ministério não representou uma virada nas

políticas públicas de saúde. O ministério foi alocado em prédios precários e não ampliou as ações que já possuía o Ministério da Educação e Saúde. Somente a partir de 1956, o ministério é reorganizado (BENCHIMOL, 2001).

Durante a fase, os processos urbanos foram acompanhados pelo crescimento de doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito (PAIM, 2018). Por outro lado, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, o Brasil eliminou a circulação do *Aedes aegypti*, controlando, em primeiro momento, e, até os dias de hoje, a circulação urbana do vírus da febre amarela (BRAGA; VALE; MENDES, 2007).

Na década final da curta experiência democrática, em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). A LOPS unificou os benefícios e deveres dos assegurados por diferentes institutos, reduzindo, destarte, a desigualdade que havia na prestação de serviços entre diferentes categorias (OLIVEIRA; BELTRÃO, 2000).

### **Regime Militar (1964 – 1985)**

Já sob a égide do regime militar, a assistência previdenciária foi reformulada. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual aglutinou seis institutos e assumiu o compromisso de oferecer assistência médica aos trabalhadores urbanos formais. A cobertura dessa assistência era inferior a 10% (OLIVEIRA; BELTRÃO, 2000). Em menos de uma década, não obstante, as pressões populares levaram a fundação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1977, houve uma nova reestruturação da previdência, sendo criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Esse serviço buscou consolidar os serviços de previdência, assistência social e assistência médica. Disso resultou-se na criação do Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O INAMPS ficou responsável por centralizar a assistência médica aos assegurados. Já a gestão financeira se tornou responsabilidade do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). O INPS permaneceu apenas com a competência de concessão de benefícios previdenciários (OLIVEIRA; BELTRÃO, 2000; ESCOREL, 1999).

Com a reorganização previdenciária, o Estado se tornou o grande provedor da saúde privada, privilegiando a atenção curativista, os procedimentos de alto custo e o investimento na construção de hospitais privados para atender os assegurados pela previdência, levando ao crescimento de empresas que tinham o lucro como fim. O Ministério da Saúde, nesse contexto, apresentou papel secundário. Limitado pelo seu baixo orçamento, destinou-se a saúde coletiva, enquanto o MPAS, ministério de grande orçamento, tinha como responsabilidade a atenção à saúde individual. Esse modelo de medicina privativa, legitimado em 1975 pela lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, resultou em crises, tanto na saúde quanto na previdência, e na persistência de doenças infecciosas e parasitárias e endemias rurais durante o período (PAIM, 2018; ESCOREL, 1999; SARRETA, 2009).

Apesar das frequentes tentativas de reorganização dos setores, a saúde, no período, foi caracterizada pela descoordenação, duplicidade de ação, atribuições pouco claras, centralização das ações no nível federal, com pouca participação das esferas estaduais e municipais (BERENGER, 1996).

A Constituição de 1967, que vigorou durante quase todo o regime, replicou a vinculação saúde-trabalho assegurando aos trabalhadores acesso a saúde, hospitais e medicina preventiva (BERENGER, 1996).

O contexto político e social caracterizado pela perpetuação do autoritarismo, carência de políticas sociais e preterimento da saúde coletiva e preventiva resultou em estímulo para a aglutinação de diferentes lutas sociais. Houve a organização de associações e sindicatos que passaram a compreender a saúde como direito dos trabalhadores e não como favor do Estado, visto que eles tinham descontos em folha e impostos tanto relacionados ao serviço médico quanto a previdência (ESCOREL, 1999). O movimento de diferentes atores sociais (intelectuais, profissionais da saúde, funcionários públicos, organizações populares, estudantis e sindicais), lutando pela universalização da saúde e construção de um sistema único e estatal pautado na democratização das políticas públicas, consistiu no Movimento pela Reforma Sanitária, determinante para a construção das políticas de saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; PAIM, 1986; DOWBOR, 2019).

Como uma das primeiras medidas no campo da universalização da saúde, em 1984, foi criada a Ação Integrada de Saúde (AIS), que tinha seu trabalho centrado em desenvolver sistemas de saúde estaduais, visando reestruturar o sistema existente, e orientar a assistência com base na descentralização (PAIM, 1986).

### **Redemocratização (1985 -1990)**

O governo do presidente Sarney foi marcante para a saúde pública brasileira. Em 1985, o presidente convocou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi realizada em março de 1986. A conferência contou com a participação de figuras-chave do Movimento pela Reforma Sanitária, como Sergio Arouca. A CNS ressaltou as carências na atenção à saúde, discutindo o dever do Estado de garantir a saúde, propôs a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento das ações e a introdução de hierarquização e descentralização dos serviços como princípios. Durante a conferência, houve grande participação popular, com mais de cinco mil pessoas nas plenárias, e foi reformulada as bases da reforma sanitária (SOPHIA, 2012). Em seu relatório final, a 8ª CNS ampliou o conceito de saúde, reconhecendo as influências socioeconômicas e ambientais (SOPHIA, 2012).

Um ano após a conferência, iniciou-se a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se baseou nos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária. Esse sistema foi concebido como de curto prazo, com a finalidade de promover descentralização, hierarquização, regionalização, integralidade, controle social, continuidade e

intersetorialidade do cuidado, redefinir as competências das esferas de governo, aprofundar a AIS e reduzir as atribuições do INAMPS (BERENGER, 1996; COHN, 1989).

Em 1988, a nova constituição, a Constituição Cidadã, foi promulgada. A nova constituição, construída com ampla participação social, rompeu com toda a história legal da saúde (BUENO, 2018). A Carta dedicou a seção II e seus 5 artigos a saúde, reconhecendo o direito universal a saúde e o dever do Estado em garanti-lo, sendo as ações pautadas pela descentralização, atendimento integral e participação comunitária, privilegiando as ações preventivas. No artigo 200, são definidas as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Dois anos após a Constituição, são promulgadas as leis que regem o SUS no país, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que definiu as diretrizes, princípios organizativos do sistema e as competências, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão do serviço; assim como definiu o sistema de financiamento (CARVALHO, 2013; SOUZA; COSTA, 2010).

O SUS foi instituído com os princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade, isto é, direito de todos à saúde, justiça social e o reconhecimento do ser humano em todos os seus aspectos e a promoção da saúde em todos os níveis de complexidade, respectivamente. Por influência das lutas populares, a organização do sistema foi moldada segundo as diretrizes e princípios de: regionalização, descentralização, hierarquização, participação popular, direito à informação, resolutividade e complementariedade do setor privado (CARVALHO, 2013).

A regionalização pressupõe a existência de territorialidade, da formulação de uma competência dentro de um território pré-determinado entre um ou mais municípios, visando garantir a integralidade. A organização pressupõe a existência de microrregiões e macrorregiões de saúde, as quais possuem municípios polos, responsáveis por garantir o maior grau de complexidade (CARVALHO, 2013).

A descentralização consiste na redistribuição de competências e responsabilidades nas ações e serviços de saúde entre os níveis de governo. Esse princípio institui a organização da saúde como responsabilidade dos governos municipal, estadual e federal, cada qual com suas competências definidas em lei. Esse princípio se associa com o objetivo de municipalização da saúde. A municipalização visa reforçar o poder dos municípios na promoção da saúde, criando políticas voltadas diretamente para seus cidadãos (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009; FLEURY; OUVENEY, 2012).

A hierarquização também visa garantir a integralidade e possui uma organização na qual há diferentes tipos de ofertas de serviços e atendimentos ao paciente, de acordo com o grau de necessidade individual, dentro da perspectiva da regionalização (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

A participação e o controle social do serviço saúde, princípios constitucionais, dão ao cidadão o direito de participar da formulação de políticas de saúde pública e no controle da

saúde em diferentes níveis. Entre os mais diversos mecanismos presentes nas políticas do Ministério da Saúde, a lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, instituiu a participação em Conferências de Saúde a cada 4 anos, o que deve se dar em todos os níveis de governo, e nos Conselhos de Saúde<sup>3,69</sup>. Os usuários também possuem reconhecidos o direito à informação (CARVALHO, 2013).

A resolutividade é uma exigência de que o indivíduo que busca o atendimento ou que tenha a saúde afetada tenha um serviço organizado e capacitado para enfrentar aquele agravo e resolvê-lo até o nível de sua competência. Pressupõe a solução de problemas com o menor curso e da melhor forma possível (CARVALHO, 2013).

O sistema também pode ser complementado pelo setor privado, desde que sejam atendidos o interesse público, princípios organizativos do SUS e que a integração se dê de forma regionalizada e hierarquizada (CARVALHO, 2013).

## **Discussão**

A saúde pública brasileira tem um histórico excludente, marcado pela preferência dada a uma saúde curativista e excludente, em detrimento a uma saúde preventiva, e distante do controle social (SCOREL, 1999). Esse histórico reflete na burocratização do SUS. Atualmente, mais de três décadas da democratização e da promulgação da legislação orgânica do SUS, o sistema foi amplamente modificado por emendas constitucionais, leis ordinárias e complementares, normas operacionais, pactos e portarias. Nesse pouco tempo, foram publicadas mais de 20 mil portarias ministeriais regulamentando o sistema, muitas delas antagônicas. A partir de 2016, contudo, iniciou-se a agregação das normativas do Ministério da Saúde nas Portarias de Consolidação, nas quais foram corrigidas normas ambíguas e divergentes. Há de se observar, entretanto, que mesmo após esse trabalho, ainda há 750 portarias vigentes emitidas pelo MS (DELDUQUE; ARANHA; LIMA, 2017).

Um outro problema que se manifesta cronicamente na saúde pública e que também persiste no sistema atual é o déficit orçamentário. O Sistema Único de Saúde, desde sua criação sofre com subfinanciamento resultante seja de leis que ampliaram de forma insuficiente os repasses ou de repasses inicialmente destinado a saúde que tiveram outro fim, como a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Um dos marcos dessa dificuldade em garantir recursos adequados é a demora em regulamentar a emenda constitucional nº 29. Para tanto, foram necessários mais de dez anos. (VIEIRA, 2016).

Figueiredo et al. (2015) conduziram um estudo que visou analisar a distribuição dos gastos de saúde entre o sistema de saúde público e privado, bem como avaliou a distribuição per capita de Brasil, Espanha, Reino Unido, Itália, Portugal e França, todos países com um sistema de saúde universal, no período de 2000 a 2014. Revelou-se que o Brasil apresentou um gasto total per capita de US\$ 947, ocupando o último lugar da lista que teve a França liderando com gasto de US\$ 4.959. O Brasil apresentou um gasto inferior a metade do de Portugal, o qual teve gasto de US\$2.097, sendo penúltimo na listagem. Ademais, o Brasil

figurou como a nação com menor gasto em saúde pública, com gasto entre 40% e 46% nos diferentes anos, sendo, portanto, predominante os gastos em saúde privada. Em termos de porcentagem do PIB destinada para a saúde pública, o país destinou 3,8%, enquanto todos os outros países destinaram ao menos 7%.

Não só o baixo orçamento, mas também a gestão de recursos e a execução também interferem na saúde. Um estudo que avaliou a distribuição de royalties da exploração do petróleo, observou que municípios com esse repasse extra apresentaram um maior gasto em saúde, no entanto “a execução e a distribuição das despesas por tipo (pessoal, medicamentos, serviços de terceiros e investimentos) não variaram de forma proporcional a maior disponibilidade de receitas correntes” (BARROS; LIMA, 2015).

Essa dificuldade em garantir o orçamento, não deve ser analisada de forma separada a um outro fenômeno observado na saúde, a desmobilização social. Alguns movimentos tentaram se inspirar na pressão social e participação, elementos históricos essenciais para a criação do SUS, a fim de lutar por um melhor financiamento, entre eles estiveram o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Movimento Saúde+10) e a Frente em Defesa do SUS. Ambos, contudo, tiveram seus projetos arquivados pelos legisladores e gestores da saúde, demonstrando que mesmo estes tem dificuldade de compreender que a eficiência do sistema de saúde é dependente de capacidade de investimento e que também essas manifestações parecem, *a priori*, não impactar o eleitorado (REIS et al., 2016; CAMPOS, 2018).

Nota-se ainda, que a história da saúde pública marcada por descaso com saúde coletiva, ocasionou uma incompreensão quanto ao funcionamento do sistema de saúde, sendo incompreendidas a sua regionalização e sua hierarquização. Repete-se um pensamento disseminado durante a ditadura militar, isto é, acredita-se ainda hoje que há uma superioridade do sistema privado sobre o sistema público de saúde, sendo desconhecida a amplitude de ações que envolvem esse serviço (REIS et al., 2016).

Uma pesquisa conduzida por Gontijo et al. (2020), em equipes de atenção básica reforça, nesse sentido, que os profissionais de saúde também não compreendem participação social como um mecanismo de mudança e intersetorialidade. Essa visão, por si só, ataca o cerne do sistema único de saúde e reforça a influência das bases históricas do nosso país, isto é, o povo apartado das decisões importantes, das políticas públicas.

Além dos desafios já historicamente conhecidos, o SUS enfrenta novas e desafiantes dificuldades. É colocado diante de judicialização, na qual o direito coletivo é muitas vezes colocado em conflito com o direito individual, e sofre cada vez mais com a pressão política e econômica gerada por indústrias e serviços suplementares de saúde, que buscam ampliar seu espaço no país (REIS et al., 2016).

## **Considerações Finais**

A conquista de uma saúde pública, universal e que se baseia na equidade representa uma total ruptura com o descaso histórico em relação as políticas públicas voltadas a área e se

deve a união de diferentes grupos e entidades sociais. Os quase 35 anos das leis que organizam o que a Constituição Federal de 1988 preconizou decerto reavivam a necessidade de se aprofundar as discussões de como aprimorar o sistema e quais os novos desafios, contudo, também ensejam reflexões sobre as conquistas e raízes históricas de muitos problemas vivenciados na prática. É preciso, destarte, aprofundar os estudos sobre a história da saúde e suas correlações com a compreensão atual desse serviço público.

## Referências

ALMEIDA N.D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev de Psicologia e Saúde**. 2013, 5(1):01-09.

ALVES, J. J. A. Uma leitura geográfica da fome com Josué de Castro. **Revista Geográfica Norte Grande**, v. 38, p. 5-20, 2007.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. U.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BARROS, D. M.; LIMA, L. D. Orçamento público, região e financiamento em saúde: rendas do petróleo e desigualdades entre municípios. **Ciências e saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2973-84, out. 2015. : <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00722015>

BENCHIMOL, J. L. **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BERENGER, M. M. **Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS - SUS**. Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

BERTOLOZZI, M. R.; GREGO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996.

BRAGA, I. A.; VALE, D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-118, 2007.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. **Coleção de leis do Império do Brasil – 1824, parte 1**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886.

BRASIL. **Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil**. v. II. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1931.

BRASIL. **Coleção das leis do Império do Brasil**. Tomo XI. Parte I. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1850.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1937**. Rio de Janeiro: Senado Federal, 1937.

Brasil. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei nº 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, 19 set. 1990.

BUENO, C. 30 anos da Constituição Cidadã. **Ciência e Cultura**, [S.L.], v. 70, n. 4, p. 11-13, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602018000400004>.

BUSS, P. M.; GADELHA, P. **Fundação Oswaldo Cruz: experiência centenária em biologia e saúde pública**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 16, n. 4, p. 73-83, 2002.

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 879-888, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000300010>.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232018236.05582018>.

CANTISANO, P. J. Direito, propriedade e reformas urbanas: Rio de Janeiro, 1903-1906. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 58, p. 401-420, 2016.

CANTISANO, P. J. Lares, Tribunais e Ruas: A Inviolabilidade de Domicílio e a Revolta da Vacina. **Direito e Práxis**, v. 6, n. 11, p. 294-325, 2015.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142013000200002>.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O longo Caminho**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, J. M. **Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CARVALHO, M. J. M. de; ALBUQUERQUE, A. E. B. Os desembarques de cativos africanos e as rotinas médicas no Porto do Recife antes de 1831. **Almanack**, [S.L.], n. 12, p. 44-64, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2236-463320161204>.

CIELO, I. D.; SCHMIDT, C. M.; WENNINGKAMP, K. R. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná (2011). **Desenvolvimento em Debate**, v. 5, n. 1, p. 211-230, 2015.

COHN, A. **Caminhos da Reforma Sanitária**. Lua nova. 1989; 19:123-140.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do sus. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 343-362, jul. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312004000200009>.

DELAMARQUE, E. V. **Junta central de higiene pública: vigilância e polícia sanitária (antecedentes e principais debates)**. 2011. 165 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

DELDUQUE, M. C.; ARANHA, M. I.; LIMA, J. A. A consolidação do arcabouço infralegal do SUS: o enfrentamento necessário. **Consensus (Brasília)**, v. 25, n. 25, p. 1-6, 2017.

DELFINO, M. G. et al. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20190350, 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0350>

DOWBOR, M. Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1431-1438, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.29852017>.

ESCOREL, S. **Contexto: o sistema nacional de saúde. In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 51-65.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.** In: GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

ESCOREL, S. Mário Magalhães: desenvolvimento é saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 8, p. 2453-2460, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.09072015>.

FAUSTO, B. **História do Brasil.** São Paulo: Edusp, 1996.

FERREIRA, L. O.; MAIO, M. C.; AZEVEDO, N. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [S.L.], v. 4, n. 3, p. 475-491, nov. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59701997000300004>.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FIGUEIREDO, J. O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde debate**, v. 42, n. esp. 2, p. 37-47, out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S203>

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012.

GURGEL, C. B. F. M. **Índios, jesuítas e bandeirantes. Medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII.** 2009. 292 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

GURGEL, C. F. M.; ROSA, C. A. P.; CAMERCINI, T. F. A Varíola nos tempos de Dom Pedro II. **Cadernos de História da Ciência**, v. 7, n. 1, p. 55-69, 2011.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 791-825, 2003.

HOCHMAN, G. Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S.. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 1037-1051, dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702003000300012>.

LISBOA, B. A. V. **Uma elite em crise: açucarocracia de Pernambuco e a Câmara Municipal de Olinda nas primeiras décadas do século XVIII.** 2011. 158 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Recife, Recife, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MURTHA, N. A.; CASTRO, J. E.; HELLER, L. Uma perspectiva histórica das primeiras políticas públicas de saneamento e de recursos hídricos no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 193-210, 2015.

NUNES, E. D. . Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000200004>.

OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. **The Brazilian social security system**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

OLIVEIRA, J. C. **D. João VI e a cultura científica**. Rio de Janeiro: EMC Edições, 2008.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 205-218, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01018>.

PAIM, J. S.. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 167-183, jun. 1986. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1986000200005>.

PAIM, J. S.. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [S.L.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, maio 2011. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8).

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

REIS, A. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do sus. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. , p. 122-135, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s11>.

REIS, J. R. F. Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). **Tempo Social**, v. 27, n. 2, p. 279-304, 2015.

RIBEIRO, W. C.; JULIO, R. S. Direitos e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. **Estudos Jurídicos**, v. 15, n. 3, p. 447-460, 2010.

SÁ, M. P. C. **Educação médica no Brasil: do regime bom será a residência médica**. 2007. 104 f. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2007.

SANTI, E. J.; ARGERICH, E. N. A. **As constituições brasileiras e o direito à saúde como um direito social: análise de casos concretos e jurisprudências em face do direito à saúde pela defensoria pública**. In: XXIII Seminário de Iniciação Científica: Relatório técnico-científico.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. **Brasil: Uma biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SILVA, M. B. N. **Cultura e sociedade no Rio de Janeiro (1808-1821)**. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional, 1977.

SILVA, M. E. A. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, v. 9, n. 2, p. 4-22, 2017.

SILVA, M. F. S.; NUNES, E. D.. Josué de Castro e o pensamento social brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 11, p. 3677-3688, nov. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.35002016>.

SOARES, M. S. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 407-438, ago. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702001000300006>.

SOPHIA, D. C. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da revista saúde em debate. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 36, n. 95, p. 554-561, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-11042012000400007>.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C.. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000300004>.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y. PINTO, N. R. S.. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 25, n. 8, p. 1781-1790, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000800014>.

VASCONCELOS, F. A. G. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 24, n. 11, p. 2710-2717, nov. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008001100027>.

VASCONCELOS, L. A. B. A.; PENA, L. C.; OLIVEIRA, K.; KAIBER, F. L.; ROSSI NETO, J. M. **Carlos Chagas, sua vida e arte**. Revista Brasileira de Clínica Médica, v. 9, n. 3, p. 171-172, maio-jun. 2011.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 109, p. 187-199, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610915>.

VIOTTI, A. C. C. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. 2012. 226 f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2012.

XAVIER, L. C. N. **Social Previdência Social: Uma Questão de Direito**. Monografia (Graduação em Direito) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.