

**Resumo:** O artigo apresenta breve história da saúde pública no Brasil, desde os primeiros passos do período da Colonização, passando pelo período do Império, da República, do Militarismo, da Re-democratização, até o surgimento do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa síntese ajuda-nos a perceber que o SUS é fruto de uma longa jornada histórica, na qual a população em geral sempre enfrentou sérias dificuldades de atendimento adequado. O SUS procura ser uma resposta a esse grave problema em nosso país. Ele surgiu num momento histórico no qual a reivindicação popular por melhor serviço de saúde pública encontrou eco em nossa Constituição como direito de todos os brasileiros.

**Abstract:** This article aims to briefly present the short course of public health in Brazil, from the first steps in the Colonization period, passing through the period of the Empire, of the Republic, of Militarism, of Re-democratization, to the rise of the Unified Health System, "Sistema Único de Saúde" (SUS). This survey helps us to see that the SUS is a fruit of a long historical journey in which the population in general always faced serious difficulties in being attended to. SUS is an attempt in finding an answer to this grave problem in our country. It arose in a historical moment in which popular vindication for better service in public health found echo in our Constitution as right of all Brazilians.

## História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS

*André Luiz de Oliveira\**

---

\* Médico, cirurgião geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Hospital Municipal de Uberlândia. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Rrepresentante da CNBB no Conselho Nacional de Saúde e membro da Equipe de Apoio à Pastoral da Saúde do DEJUSOL do CELAM para AL e Caribe.



Com este artigo, intento apresentar, brevemente, o percurso da Saúde Pública no Brasil, dos primeiros passos no período da Colonização, passando pelas épocas do Império, da República, do Militarismo, da Redemocratização, até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este olhar nos permite perceber que o SUS é fruto de longa jornada histórica, em que a população em geral sempre enfrentou sérias dificuldades no atendimento. O SUS é uma tentativa de resposta a este grave problema de nosso país. Nasceu num momento histórico em que reivindicações populares por melhor atendimento, na saúde pública, puderam ecoar em nossa Constituição, como um direito de todos os brasileiros.

## 1 A situação da saúde pública nos primórdios da terra de Santa Cruz

O modelo de atenção à saúde no Brasil resultou, desde o seu início, de trocas e apropriações de experiências entre europeus, índios e africanos, particularmente no que tange à prática médica (PÔRTO, 2006). Com o processo de expansão marítima europeia, iniciado nos séculos XV e XVI, ocorreu um significativo aumento na circulação de mercadorias e contatos entre os povos, mas também houve uma verdadeira “união microbiana” com um novo trânsito de doenças entre territórios distintos.

Com a chegada dos portugueses à Terra de Santa Cruz, um mundo novo e desafiante se formava em relação às enfermidades. Aqui, juntaram-se à malária, doença tropical, até então desconhecida para os europeus, aquelas trazidas pelos colonizadores, como peste bubônica, cólera e varíola e, posteriormente, com a chegada dos africanos, a filariose e a febre amarela. Um cenário preocupante foi-se desenhando, pois era frágil o conhecimento acerca da transmissão e do controle ou tratamento dessas novas doenças. Diferentes intervenções ou visões sobre as moléstias surgiam a cada momento (BAPTISTA, 2007).

A diversidade racial, presente no Brasil desde a sua colonização, possibilitava um leque de opções de tratamentos, pois os índios, os colonizadores e posteriormente os negros, eram detentores de conhecimentos próprios para lidar com as enfermidades. Essas culturas, a partir de suas cosmovisões, ofereciam procedimentos terapêuticos peculiares para as moléstias que ocasionalmente os acometiam.



Desse modo, rezas, feitiços, plantas e ervas nativas, eram utilizados rotineiramente por pajés, na população indígena, e por curandeiros, na população negra, únicas forma de acesso à saúde para a maioria da população.

Algumas técnicas foram introduzidas aos poucos. Para quem poderia custear, havia a figura do prático ou barbeiro, que utilizava procedimentos avançados para a época, como sangria ou aplicação de sanguessugas, técnicas utilizadas por médicos europeus. Também da Europa, os Jesuítas trouxeram a prática médica da disciplina e do isolamento, para o tratamento dos doentes.

Os portugueses não demoraram a implantar o modelo das Santas Casas de Misericórdia. As primeiras apareceram na capitania hereditária de São Vicente, em 1543, por Braz Cubas e em Salvador, em **1549**, por iniciativa de Tomé de Souza. Na medida em que avançava a colonização, foram criadas outras unidades semelhantes pelos Senhores chamados “homens bons”, associados às Irmandades da Misericórdia, sociedades civis constituídas por pessoas de posses, geralmente católicas, que se propunham a realizar determinadas obras sociais.

No entanto, o cenário era de descaso para com a saúde. A mão de obra nesse início de colonização advinha da escravização indígena. Dessa forma, a assistência à saúde praticamente não apresentou mudanças com a chegada da nova mão de obra escrava, oriunda do continente africano. As pessoas adoeciam e morriam em suas casas, em instituições filantrópicas ou simplesmente ao léu, como morrem os animais (CAMPINAS, 2004).

## 2 A vinda da família Real e os primeiros incrementos na área da saúde

O trópico atraía a atenção do colonialismo, mas os empreendimentos comerciais eram ameaçados pelas doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas, sendo raros os médicos que atuavam junto à população. Em meados do século XVII uma profunda crise demográfica ocorreu no Brasil devido a uma epidemia de sarampo, abalando a incipiente economia colonial. Após esse fato, as epidemias passaram a receber a atenção governamental, sobretudo em razão dos prejuízos causados à política econômica, pois os navios estrangeiros passaram a evitar os nossos portos com medo do contágio (CAMPINAS, 2004).



Nesse sentido, as primeiras ações de saúde pública no Brasil colônia foram: proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias; controle e observação das doenças e doentes, promovendo uma prática mais eficaz no controle das moléstias. Essas ações denotavam a preocupação com a saúde da cidade e dos produtos que eram comercializados, pois a assistência ao trabalhador se resumia na prática da quarentena, para evitar a propagação das doenças (BAPTISTA, 2007).

A transferência da família Real para o Brasil, em 1808, ocorreu em um período em que o mundo científico evoluía, inclusive a medicina. Nesta área, foram importantes os avanços no estudo da anatomia e a descoberta do microscópio, que precedeu a revolução pasteuriana (SCLAR, 2007). Nesse contexto, foram dados os primeiros passos da medicina tropical com a criação de Faculdades de Medicina em Salvador e no Rio de Janeiro, cidades portuárias que recebiam o maior número de navios e de escravos (PÔRTO, 2006).

### 3 As iniciativas na Saúde Pública com o advento da República

A proclamação da República em 1889 marca o início de um novo ciclo na política de Estado, com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira (BAPTISTA, 2007). O aparecimento de uma nova organização social, a partir de fatores como, por exemplo, os primeiros sinais de industrialização em algumas cidades, a chegada de imigrantes europeus e o princípio da migração de pessoas do campo para as cidades, obrigou o governo a melhorar o atendimento da saúde (CAMPINAS, 2004).

Nesse período, também ocorreu a chamada normatização médica, que regulamentou o ensino e a prática médica, em conformidade com o modelo europeu. Esta medida resultou em maior controle sobre as práticas populares de cura, na substituição gradual dos religiosos das direções dos hospitais gerais, e na construção de hospitais públicos para atender doenças consideradas nocivas à população, como as mentais, a tuberculose e a hanseníase (BAPTISTA, 2007).



## 4 O início das políticas sanitárias no Brasil

No governo de Rodrigues Alves (1902-1906), tendo Oswaldo Cruz à frente, as iniciativas de saneamento e urbanização foram seguidas de ações específicas na saúde, sobretudo no combate a algumas doenças epidêmicas. Foram tomadas medidas importantes, algumas drásticas, mas que representaram avanços no combate às epidemias, as quais se espalhavam facilmente pelas cidades. Nesse contexto, nasceu um Código Sanitário que previa a desinfecção inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica, e a atuação da polícia sanitária (BAPTISTA, 2007).

As instituições de saúde se organizavam a partir do modelo campanhista, de inspiração bélica, para combater as epidemias (OLIVEIRA, 2000). Por isso, não é de se estranhar o teor extremamente autoritário das práticas de saúde (COSTA SILVA et al., 2010). Para desinfetar, percorriam ruas e visitavam casas, inclusive promovendo a queima de roupas e colchões. Exigiam limpeza, reformas, interditavam prédios, removiam doentes. Naturalmente, os alvos preferidos das visitas eram as áreas mais pobres e de maior densidade demográfica (COSTA SILVA et al., 2010).

Também constava, nessa estratégia sanitária, a campanha de vacinação obrigatória (BAPTISTA, 2007), que foi estopim de uma revolta popular, pelo caráter autoritário do processo. Este movimento ficou conhecido como a Revolta das Vacinas, ocorrida no Rio de Janeiro, em 1904 (COSTA SILVA et al., 2010).

Na segunda fase do movimento sanitário de Oswaldo Cruz, entre 1910 e 1920, o foco foi a zona rural. As preocupações se resumiam no saneamento rural e no combate a três endemias rurais acintosas: ancilostomíase, malária e mal de Chagas (BAPTISTA, 2007). Esse programa levou expedições de médicos sanitários pelo país e, proporcionou melhor conhecimento da situação de saúde no território nacional e da necessidade de se desenvolver uma política de Estado nessas áreas (HOCHMAN & FONSECA, 1999).

Apesar do fim conflituoso, Oswaldo Cruz conseguiu êxitos diante dos problemas epidemiológicos e colheu informações valiosas para seu sucessor, Carlos Chagas, o qual pôde estruturar uma campanha rotineira de educação e ação sanitária. Em 1923, foi realizada a reforma sanitária



brasileira, com a criação do Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça (COSTA SILVA et al., 2010).

## 5 As revoltas populares e o surgimento das Caixas de Aposentadorias e das Pensões (CAPs)

Em 1923, diante de revoltas populares, movimentos anarquistas e comunistas, o chefe de polícia, Eloy Chaves, propôs uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). No entanto, eram restritas a algumas organizações trabalhistas mais atuantes política e financeiramente, como os ferroviários e os marinheiros, ligados à produção exportadora (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Foi um marco na história da Previdência Social no Brasil, pois os funcionários poderiam ter direito à aposentadoria por invalidez ou por tempo de contribuição, bem como à pensão por morte e a assistência médica (CAMPINAS, 2004). A administração e o financiamento ficaram a cargo dos trabalhadores e do patronato, sendo que 92% dos recursos dirigiam-se para aposentadoria, pensões ou benefícios, e apenas 8% para a atenção à saúde (FORTES, 2011). A União permaneceu ausente desse modelo.

## 6 O governo Getúlio Vargas e os primeiros Institutos de Aposentadoria e Pensão

Nos anos 30, sob o governo de Getúlio Vargas, as CAPs foram transformadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). As principais categorias de profissionais beneficiados foram: marinheiros, bancários, comerciários, industriários. O Estado brasileiro passou a colaborar com 15% do total da receita, e o restante era custeado pelos trabalhadores e patrões (FORTES, 2011).

Nesse período, ocorreu a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Assim, esboçava-se o sistema de proteção social brasileiro, compreendendo a política de proteção ao trabalhador (com obrigatoriedade da carteira profissional, jornada de oito horas, direito a férias e a lei do salário mínimo) e, ainda, questões relativas à saúde (BAPTISTA, 2007). Outro dado relevante foi a criação do Conselho Nacional de Saúde.



Na década de quarenta, em plena guerra mundial, o governo brasileiro, em convênio com o americano, estruturou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (Costa Silva et al. 2010). Sua atuação norteou-se pela criação de postos permanentes, centros de saúde e postos rurais, em várias regiões, como os Estados de Minas Gerais e do Espírito Santo, na contratação de sanitaristas em tempo integral e de uma equipe auxiliar com laboratoristas, escriturários, médicos consultantes e visitantes. Este órgão foi importante na introdução dos conceitos de desenvolvimento, de participação comunitária e de educação de grupos.

## 7 A Saúde pública nos anos 50

Acontecimentos significativos no âmbito da saúde no período, foi a criação do Ministério da Saúde (1953) e a reorganização dos serviços de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru – 1956). Tratou-se de uma política de saúde pública com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, aliada a uma política de saúde previdenciária restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes.

Essa nova configuração de atuação do Estado na saúde pública, resultou em um importante instrumento de controle do espaço de circulação dos produtos e do trabalho. O Estado passou a contar com: postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e outros organismos (BAPTISTA, 2007).

Há de se ressaltar também, nesse período, que o avanço da industrialização nacional gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde (MENDES, 1993). Tal fato exigiu uma expansão rápida e progressiva dos serviços de saúde, e dada a impossibilidade de o Estado suprir as demandas cada vez mais crescentes, abriu-se espaço para os convênios-empresas. A assistência tornou-se mais cara e o hospital passou a ser o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde – modelo hospitalocêntrico (BAPTISTA, 2007).

## 8 Os equívocos na saúde pública no Regime Autoritário

Com o golpe militar e a instalação no Brasil de um regime autoritário de administração pública, em 1964, houve uma piora sensível na saúde



pública, ressentida sobretudo pela parcela mais humilde da população (COSTA SILVA et al., 2010). Nessa época, a política de saúde voltou-se para a expansão de serviços médicos privados (VASCONCELOS, 1999). O governo passou a comprar serviços de assistência médica, e as condições dos brasileiros, expressas em diferentes indicadores, tornaram-se ainda mais críticas (PAIM, 2003).

Em 1966, ocorreu a unificação dos IAPs com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esta medida unificou os benefícios para os trabalhadores em geral, independentemente de sua filiação profissional (FORTES, 2011). Novas categorias profissionais foram incorporadas ao sistema, como trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos (BAPTISTA, 2007). A migração de pacientes de alguns institutos, acrescida da superlotação nos hospitais, gerou insatisfação geral. Doenças antes erradicadas voltaram, as controladas reapareceram em surtos epidêmicos, houve aumento da pobreza, o saneamento e as políticas de habitação populares ficaram em segundo plano (BAPTISTA, 2007).

## 9 As reivindicações populares e o anseio pela universalização da saúde pública

Na década de setenta, as pressões por reforma na política de saúde possibilitaram transformações concretas. Em 1974, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que distribuiu recursos para investimento na expansão do setor hospitalar (sendo 79,5% destinados para o setor privado e apenas 20,5% para o setor público). Em 1977, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão que passou a coordenar todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da Previdência Social (BAPTISTA, 2007).

Outro fato importante foi a repercussão da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata (no atual Cazaquistão). Entre os temas tratados estavam: a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde, além de forte oposição à privatização e mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. Os propositores de reformas no atendimento público de saúde, reivindicavam a universalização do direito à saúde, com a unificação dos





serviços prestados pelo Inamps e Ministério da Saúde em um mesmo sistema, e a integralidade das ações.

Com a influência vinda da experiência dos países socialistas, a Organização Mundial de Saúde, OMS, passou a enfatizar também as enormes desigualdades na situação da saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, baseando-se ainda nos seguintes pontos: as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; a saúde deve estar ao alcance de todos, pessoas e famílias e em locais acessíveis à comunidade; a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; por último, o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país (SCLIAR, 2007).

## 10 O processo de redemocratização da saúde pública no Brasil

Assim a saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores (BAPTISTA, 2007). Nesse contexto, segundo Baptista (2007), foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), que apresentou como propostas a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).

Este último consistia em uma proposta de extensão nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Já em 1981, com a nomeação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) e seu posterior diagnóstico, que apontava uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e de desvio de recursos, foram então elaboradas algumas propostas operacionais básicas para a reestruturação do setor, dentre elas o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais).

Posteriormente, em 1983, esse programa foi redefinido como Ações Integradas de Saúde (AIS), que revelou ser a estratégia mais importante para a universalização do direito à saúde e significou uma proposta de “integração” e “racionalização” dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que



comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento.

A segunda metade da década de 80 foi marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico, tendo enormes repercussões sobre a saúde da população, agravando as condições de vida, aumentando o desemprego, a desnutrição e a mobilidade dos grupos sociais menos protegidos (OLIVEIRA, 2000).

No governo da Nova República (1985), com o crescimento do movimento social que defendia a democratização da saúde e difundia a proposta da reforma sanitária (PAIM, 2003), sendo que alguns dos reformistas passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político-institucional do Estado (Ministério da Saúde, Inamps, Fiocruz), o Ministério da Saúde convocou gestores de saúde e, pela primeira vez, técnicos e usuários para a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) (BAPTISTA, 2007).

Considerado um marco histórico da política de saúde brasileira, esta conferência aprovou, por unanimidade de seus 4.000 participantes, as diretrizes da universalização da saúde e do controle social efetivo com relação às práticas estabelecidas (BAPTISTA, 2007), e assim ficaram delineados os princípios norteadores do que viria a ser o Sistema Único de Saúde – SUS. O relatório desta Conferência de Saúde também destacou o conceito ampliado de saúde, como direito de todos e dever do Estado (COSTA SILVA, 2010).

## 11 A VIII Conferência Nacional de Saúde e o surgimento do SUS

Não obstante a VIII Conferência Nacional de Saúde ter-se constituído em divisor de águas dentro do movimento de reforma sanitária no país, e tendo sido realizada em um momento propício com o advento da Nova República, com a eleição indireta de um presidente não militar e a perspectiva de uma nova constituição (RONCALLI, 2003), suas propostas não foram concretizadas de imediato (BAPTISTA, 2007).

No entanto, por iniciativa do MPAS/Inamps, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ocorrido em 1987, o que representou ponte para a construção do SUS. Avançou na política de descentralização da saúde e do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos Estados na programação das atividades no setor.



Além disso, prosseguiu-se nas estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde, antes centralizadas no Inamps (BAPTISTA, 2007).

Como este novo processo ocorria no período das discussões da Assembléia Nacional Constituinte (1987 e 1988), o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde foi tomado como base para a discussão da reforma do setor. As proposições mais importantes desse relatório foram assumidas pela “Constituição cidadã”, de 1988, dando origem ao SUS. Esse sistema pode ser definido como: o conjunto das ações e dos serviços de saúde, públicos e privados, contratados ou conveniados com o poder público. É o sistema de atenção à saúde de todos os brasileiros.

### Referências Bibliográficas

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde (capítulo 1 do livro: *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS*). FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

CORREA, Carlos Roberto Silveira; RANGEL, Humberto de Araújo; SPERANDIO, Ana Maria Girotti. Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. (capítulo 4 do livro: *Campinas no rumo das comunidades saudáveis*). IPES Editorial, 2004. Organizadores: José Pedro Soares Martins e Humberto de Araújo Rangel.

COSTA e SILVA, Cristiane Maria; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antônio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Rio de Janeiro, *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 5, p. 2539-2550, agosto 2010.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios. *Vida Pastoral*, janeiro-fevereiro 2011. Ed. Paulus, São Paulo, ano 52, n. 276, p. 22-27.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). *Representando o Estado Novo*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1999.



MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

OLIVEIRA, AGRC; SOUZA, ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Odontologia. *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFRN; 1997. P. 114-125.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleurj. *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro, 1985.

OLIVEIRA, Rosely Magalhães. *A produção do conhecimento em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares (tese)*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), 2000.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. P. 587-603.

PÔRTO, Ângela. *O sistema de saúde escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-27, Outubro-Dezembro. 2006.

ROCHA, D. G. *Análise do comportamento educativo nos programas preventivos em saúde bucal no Brasil, 1980-1994 (tese)*. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1997.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde bucal coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003, p. 28-49.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. *PHYSYS: Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção a saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.