

UMA ANÁLISE SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL ENFATIZANDO O CONTEXTO NEOLIBERAL

Kênia Raisse Borges Lima¹

Juliana Alexandre da Silva¹

Lucilene Alves Pereira¹

RESUMO

Este trabalho objetiva evidenciar alguns avanços e desafios no que diz respeito à política pública de saúde. Historicamente as políticas públicas, em especial no Brasil, caracterizam-se como subordinadas aos interesses econômicos e políticos, sendo implementadas através de práticas assistencialistas e clientelistas. Essas conservam em sua concretização o caráter fragmentário, setorial e emergencial que são reforçados gradativamente a partir da ofensiva neoliberal, que preconiza a retração do Estado na órbita da responsabilidade social, ou ainda a redução do investimento público nos serviços sociais. Nessa perspectiva, buscaremos pontuar que a gestão das políticas públicas deve ter um caráter de respeito à diversidade, controle e participação social, e ênfase nas necessidades da população carente.

Palavras-chave: Políticas Públicas, neoliberalismo, Estado, saúde

1. BREVES CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DA SAÚDE NO BRASIL

Nesse item versaremos sobre algumas características da Saúde no Brasil nos séculos XVIII, XIX e início do século XX considerando os antecedentes da ação estatal. Em seguida, daremos enfoque à intervenção do Estado na saúde, a partir da década de 1930. Em relação aos Antecedentes da Ação Estatal, vale ressaltar que, a assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra.

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 1930. Anteriormente, no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência

¹Graduanda em Serviço Social

das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos deste século, a questão saúde já aparece como reivindicação por parte do movimento operário que emerge neste período. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 1930.

Cabe destacar, a saúde pública, na década de 1920. Nesse contexto há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. Como por exemplo: a reforma Carlos Chagas, de 1923, que tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União. Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, dentre elas, destaca-se: a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Dentre os benefícios garantidos pelas CAPs estavam previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral; estes eram proporcionais às contribuições.

Acerca da Intervenção do Estado na Saúde no período que compreende a década de 1930 a 1964 podemos dizer que a conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional. A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsector de saúde pública será predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsector de medicina previdenciária só virá superar o de saúde pública a partir de 1966.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. No final dos anos 1940, com o Plano Salte de 1948, que

envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia; a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos CAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e a medicalização da vida social foi imposta tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

No período de 1974 a 1979, a Política Nacional de Saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado.

Acerca da Política de Saúde na década de 1980, e a construção do Projeto de Reforma Sanitária podemos dizer que nos anos 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Então, a saúde

deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor; e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso as ações de saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. *Afinal, os direitos como em todo são indispensáveis para que se possa pensar nessa forma democrática e justa de vida. No mínimo por isso deveriam ser sempre plenamente valorizados e defendidos* (NOGUEIRA 2005, p. 7).

Um fato que é de fundamental importância para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento setorial.

A 8ª Conferência representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população, dentre elas, os sindicatos, partidos políticos, e associações dos profissionais. Desta forma, a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma

Sanitária. O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, no entanto, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. A Assembléia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte.

O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende grande parte das reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. Para Teixeira (1989:50-51), *os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram: O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano.* As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle. Embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política

de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois , em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor.

2. O SUS: UMA NOVA PERSPECTIVA PARA A SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, para que a população do país tenha acesso ao atendimento público de saúde. No entanto, sabe-se que anteriormente, a assistência médica era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e se tinha uma divisão dos brasileiros em categorias: os que tinham direito à saúde pública por serem contribuintes da previdência social; aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados; e os que não possuíam direito algum.

Percebeu-se, então, a emergência e a necessidade de uma mudança na conjuntura política da saúde no Brasil e a reorientação das práticas de saúde. Para tanto, o *SUS em seu arcabouço de leis, normas, resoluções e diretrizes é um marco definitivo na garantia do direito a saúde do cidadão brasileiro, por determinar um caráter universal às ações e aos serviços no país.* (BRASIL,2006,p.5).

Nesta perspectiva, na formação do referido sistema de saúde foram estabelecidos os princípios e diretrizes que o norteiam. Como princípios temos: a universalidade, a equidade e a integralidade; no tocante as diretrizes , podemos citar: o controle social, o descentralização, a hierarquização, a regionalização e a territorialização. O princípio da universalidade corresponde ao direito da saúde para todos e cabe ao Estado garantir esse direito aos brasileiros; o segundo é um princípio de justiça social e se trata do aspecto em que todos devem ter igual oportunidade em usar o sistema de saúde no Brasil; e o terceiro princípio se refere a um atendimento integral que contemple as necessidades da população incluindo tanto os meios curativos quanto os preventivos, como também uma atenção à saúde individual e coletiva.

Assim,

o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de

promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.
(Ministério da Saúde)

Em se tratando de sua composição, fazem parte do Sistema Único de Saúde: centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa. Podemos então, exigir melhor qualidade no planejamento em relação à distribuição de recursos públicos na área da saúde; ou seja, os recursos do SUS, e com isso avançar no sentido da qualidade do atendimento e serviços em saúde para a população. Pois, como afirma Paim (2008, p. 70): [...], *a produção de conhecimentos e a cooperação técnica em políticas públicas, planificação e gestão podem fazer diferença no processo de formulação e de implementação de políticas em saúde [...]*.

O SUS trouxe nova concepção de saúde e atenção no aspecto da prevenção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, vale ressaltar que ao se tratar de mudanças no âmbito da saúde é preciso uma paciência histórica. Assim sendo, seria possível efetivar uma prática diferente num contexto em que a maioria das políticas são assistencialistas e emergenciais de com um perfil bastante pragmático em diversos aspectos. É necessário perceber ainda que, há a [...] *possibilidade de se intensificar o processo de participação e controle social do SUS, avançando-se na democratização do conhecimento, na reorientação das práticas e na melhoria das condições de saúde da população.* (TEIXEIRA&PAIM, 2005, p. 270)

Desta forma, o modelo de saúde adotado pelo Brasil, o SUS, é considerado uma perspectiva de avanço para a política de saúde de modo geral. Mas, apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, observa-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, além de uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde. Muito ainda se deve persistir no sentido de uma relação entre Estado e sociedade pautada pela articulação, controle social, parceria, respeito à diversidade, transparência, descentralização e participação.

3. AVANÇOS E DESAFIOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA NO CONTEXTO NEOLIBERAL

Historicamente as políticas sociais, em especial no Brasil caracteriza-se como subordinadas aos interesses econômicos e políticos, sendo implementadas através de práticas assistencialistas trazendo consigo um ranço clientelista.

as políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorizadas e fragmentadas- á expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do trabalho (BEHRING e BOSCHETTI,2009, p.51).

Sendo assim, refletem relações que não incorporam o reconhecimento dos direitos sociais. Numa sociedade heterogênea com situação de pobreza, como o Brasil, as políticas sociais, embora concebidas como ações que buscam diminuir as desigualdades sociais existentes entre grupos e/ou indivíduos, contribuem na prática para acentuá-las. Essas conservam em sua concretização o caráter fragmentário, setorial e emergencial

No que concerne as políticas públicas de saúde no Brasil, Bravo (2001) aponta que a questão de saúde vem se alterando a partir da relação Estado/sociedade. Um fator que merece destaque nesta compreensão diz respeito aos avanços decorrentes da ampliação do conceito de saúde.

Segundo o documento do Ministério da saúde do Canadá, a saúde é determinada por um conjunto de fatores, entre eles, a biologia humana; meio ambiente; estilo de vida e organização de proteção à saúde. Isso implica em dizer que, não podemos pensar nos problemas de saúde isoladamente, mas sim analisar o contexto. Levando em consideração a equidade social, a pobreza, a falta de acesso a educação e etc. É nesta perspectiva que a concepção social de saúde vem se ampliando e a promoção de saúde nada mais é do que o reconhecimento pela ciência da percepção do senso comum. Dessa forma, fica claro que o setor saúde propriamente dito deve direcionar suas ações para além da simples provisão de serviços, ou seja, deve apoiar os indivíduos e as comunidades para uma vida saudável, desmistificando a compreensão de saúde atrelada a concepção da doença, uma vez que a saúde contempla uma gama de elementos mais abrangentes.

Nesse sentido, Paim (2008, p. 101) enfatiza que a *carta de Ottawa (1986)* estabeleceu um conceito amplo de saúde e seus determinantes, sistematizando proposições centradas na mudança dos estilos de vida e na defesa de políticas públicas saudáveis. E outro fato extremamente pertinente para perceber a dimensão

do conceito ampliado de saúde, é a Reforma Psiquiátrica. Uma tentativa de atender às novas necessidades que surgiam no âmbito dos tratamentos psiquiátricos, um novo olhar que se voltava para a saúde coletiva confrontando com a brutalidade asilar.

De acordo com Bravo (2001) na década de 1980, a saúde atinge a dimensão política ultrapassando o mero caráter técnico com qual essa questão era tratada – possíveis resquícios do conceito ampliado de saúde que redimensionou o seu enfrentamento. Com isso, tivemos uma maior participação por parte dos sujeitos envolvidos, possibilitando a fiscalização dos serviços prestados. Cabe enfatizar neste período a atuação das organizações não governamentais (ONGs), junto ao setor de saúde.

Desse modo, é importante destacar, que as ONGs foram reconhecidas pelo o Estado devido ao seu acúmulo de capital de recursos, experiências, conhecimentos e formas inovadoras para enfrentar as refrações da questão social. Porém, estas perdem força com a criação do SUS, uma vez que, este traz em sua constituição a saúde como direito de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado. Apesar desse impacto sofrido pelas ONGs, essas não desistiram e continuam atuando junto à saúde, seja nas imperfeições do SUS, nas demandas criadas por alguns grupos sociais, pelo atendimento de doenças específicas e ainda no caso de populações excluídas, ou seja, aquelas que vivem a margem da sociedade capitalista. Sendo assim, é pertinente citar algumas de suas formas de atuação neste setor: representação e defesa de grupos diversos (portadores de HIV, hanseníase, entre outros); associações de pacientes e familiares de doenças crônicas, como diabetes, Mal de Alzheimer, etc., grupos de acessória técnica e pesquisa em saúde e muitas outras.

Esse quadro ganha nas configurações na década de 1990, a conjuntura hiperinflacionária favoreceu a implantação das políticas neoliberais no Brasil. Estas atingem o núcleo dos direitos sociais e políticos conquistados pela população, em especial os trabalhadores. Neste contexto se tem a desconstrução das propostas construídas na década de 1980 para o setor de saúde. Principalmente no que diz respeito ao papel do Estado.

Segundo GOHN (2008, p.102)

na relação com o Estado, a crítica mais usual é a de que as ONGs estão substituindo o Estado em muitas áreas do social e, com isso, corroborando para as mudanças preconizadas pelos neoliberais, de desativação do papel do Estado em áreas sociais

Nesse contexto, temos como marco das relações entre o Terceiro Setor e o governo no Brasil, a construção do projeto AIDS I. Este programa foi criado por pessoas vindas de ONGs, governo e universidades. O mesmo teve como consequência indireta, a criação da Coordenação Nacional para Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST/AIDS no Ministério da Saúde. Vale salientar, o papel da sociedade civil que se encontra no centro de um embate entre posições opostas, na busca por alternativas para enfrentar os problemas de saúde. De um lado encontra-se o Banco Mundial propondo políticas de focalização e do outro o movimento da reforma sanitária que lutava por um sistema de saúde universal, para dá conta da assistência, prevenção e promoção de saúde de todo e qualquer cidadão brasileiro. Elementos antagônicos que delineiam o curso da história transformando-a num emaranhado de contradições.

Não obstante, surge, então, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, como um processo diferente no tratamento ao adoecer psíquico. O Modelo se expandiu por várias regiões do país, ocasionando a diminuição das internações e efetivando uma rede de atendimento em substituição aos manicômios. Os CAPS foram criados oficialmente, bem como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1992 com a Portaria GM 224/92 que os definiam como “unidades de saúde locais/ regionalizadas que com uma população descrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Atualmente, estes serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que os integrou ao Sistema Único de Saúde e ampliou as competências dos CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Apesar dos avanços que podem ser apontados nesse período há que se fazer menção aos desafios que se colocam para a implantação das políticas social em geral, que trazem desde sua gênese um caráter focalista e paliativo.

É notório que este cenário adquiriu maiores proporções no bojo do neoliberalismo que reduz consideravelmente a atuação do Estado no que toca a responsabilidade para com a área social. Podemos perceber [...]

drásticas reduções dos investimentos públicos na área do bem-estar social. Cortam-se gastos sociais e transferem-se serviços para o setor empresarial, condizente com a política de privatização, levada a efeito pelo Estado (IAMAMOTO, 2009, p. 159).

Essa onda de privatização concatena um sucateamento dos serviços públicos, gerando a precariedade no atendimento e nas condições e recursos institucionais.

O Estado em meio à crise dos anos 70 vai transferir os recursos antes direcionados ao atendimento das demandas sociais via políticas sociais para os interesses do capitalismo, que encontra no neoliberalismo o suporte ideológico. Afetando no plano político a mobilização social, a consciência de classe, e deslegitimação dos movimentos sociais que vê-se postulados a uma força nociva as suas reivindicações.

Com isso, vale realçar que a onda de privatização é um grande impasse para a efetivação dos direitos sociais, que são gradualmente descartados em nome da lógica do mercado. Nesse processo, de regressão das políticas sociais se faz necessário a organização da sociedade civil e dos demais segmentos populares no que diz respeito a uma mobilização que coloque em xeque todo esse contexto, reivindicando a efetivação dos direitos sociais. Embora saibamos que no marco do capitalismo não haja possibilidade da emancipação humana, a luta via espaço público como ponto de partida pode trazer à tona um movimento de dimensões inimagináveis, rompendo com a ordem capitalista e instaurando uma nova sociabilidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. Política Social – fundamentos e história- 6º ed - São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Coletâneas e normas para o controle social no sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRAVO, Maria Inês Souza. Capacitação para Conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

GARCIA, Joana. Sociedade & Políticas- novos debates entre ONGs e universidade. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

Gestão publica e sociedade. Disponível em <http://gestaopublicaesociedade.blogspot.com>. Acesso em: 14/08/2010.

GOHN, Maria d Glória. O protagonismo da sociedade civil: Movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. 2º Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, MarildaVillela.O Serviço Social na Contemporaneidade:trabalho e formação profissional. -18ºed- São Paulo: Cortez ,2009.

Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1 Acesso em: 25/07/2010

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de consolidar direitos no mundo globalizado. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo; Cortez, ano XXVI, julho, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Gestão da atenção básica nas cidades. In: **Os desafios para a saúde Coletiva no Século XXI**. EDUFBA: Salvador, 2008.

_____. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? In: **Os desafios para a saúde Coletiva no Século XXI**. EDUFBA: Salvador, 2008.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005.

TEIXEIRA, S. F.(org.). Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.