

# TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS DESAFIOS PARA A SOLIDIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ivete Santos Barreto, Marcelo Medeiros, Olívia Vieira da Silva \*

---

BARRETO, I.S.; MEDEIROS, M.; SILVA, O.V. - Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solidificação do Sistema Único de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999.

Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>

---

**RESUMO.** - Ao longo desses anos de implantação do SUS, o que se evidencia é o descaso para com os serviços e atividades do setor de saúde público de saúde no Brasil. A realidade que vivenciamos é de precariedade quase que absoluta no atendimento à saúde da coletividade. Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar aspectos que possam contribuir para a reflexão sobre as tendências da política de saúde vigente no país, no sentido de estimular a discussão e a participação do Enfermeiro enquanto cidadão e da Enfermagem no processo de implantação do SUS. Os resultados apontaram que embora a nossa conquista Constitucional, de saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, esteja garantido mediante políticas sociais e econômicas e, reconhecendo ainda que entre as políticas sociais promovidas pelo Estado Brasileiro, a saúde é a mais inclusa pois, através do SUS é garantido o acesso universal, com atendimento integral e gratuito, vivenciamos as dificuldades de implantação e implementação deste sistema o projeto claro de desmonte capitaneado pelo Governo Federal, com a sua política neoliberal que determina o processo político e de financiamento em direção diametralmente oposta. Portanto, a promessa de uma saúde com mais recursos à população menos favorecida caminha a médio prazo em direção a uma saúde pobre para atender pobres. Considerando todos estes aspectos, colocamos então, o desafio de divulgar e reproduzir as experiências de onde acreditando-se no SUS e investindo na qualidade de assistência à população, estabeleceram-se parcerias entre Prefeituras e Conselhos Municipais de Saúde e fizeram com que o Modelo preconizado pela nossa Constituição desenvolva-se com sucesso.

**SUMMARY** - TENDENCIES OF THE HEALTH POLICY IN BRAZIL AND THE CHALLENGES FOR THE ESTABLISHMENT OF UNIQUE SYSTEM OF HEALTH SERVICES From all those years of SUS (Unique Health Service System) implantation, it is possible to evidence the negligence on the services and activities of the public of health system. The reality that we lived is almost of absolute precarious conditions in the attendance to the health of the collectivity. This study aim to identify aspects that can contribute to the reflection about tendencies of the Brazilian public health policy, stimulating the discussion and nurses participation while citizen and of Nursing in the process of implantation of SUS. The results points that although our Constitutional conquest, of health as a right of all the citizens and duty of the State, be guaranteed by social and economical politics, the health is the most included because, through SUS the universal access is guaranteed, with integral and free attendance, we lived the implantation difficulties and implementation of this system the clear project of it dismounts captained by the Federal Government, with your neoliberal politics that determines the political process and of financing in direction diametrically opposite. Therefore, the promise of a health with more resources to the population less favoured bed medium terms in direction to a poor health to assist poor. All considering these aspects, we placed then, the challenge of to publish and to reproduce the experiences from where being believed in SUS and investing in the quality of attendance to the population, they settled down partnerships between City halls and Municipal Council of Health and they did with that the Model extolled by our Constitution grows with success.

## INTRODUÇÃO

Há muito, o conceito de saúde não é compreendido mais como apenas ausência de doença, e sim como uma somatória de fatores e condições que levam o ser humano a Ter melhor qualidade de vida, interagindo com o meio ambiente de forma a admitir uma longevidade condizente com os avanços tecnológicos do nosso século.

Neste conceito está implícita a relação da saúde com uma vida qualificada pelo conjunto de benefícios oferecidos pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento técnico científico na sociedade moderna. Segundo MORAES (1996):

... quando se fala em saúde, não se tem em mente a sua relação com a doença e, conseqüentemente, com a morte. Tem-se, uma posição auto reflexiva da saúde relacionada com ela mesma e, assim, à vida e, além disso, não uma vida caracterizada como sobrevivência, mas uma vida qualificada pelo acesso aos benefícios da cidade.

Para Arouca In TIRREL & CARVALHO (1993), "o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens; a promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde, o reconhecimento do caráter sócio-econômico global dessas condições, emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis; o reconhecimento e a responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; o reconhecimento, finalmente, do caráter social desse direito; e também da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supracitadas".

No Brasil um conceito ampliado de saúde emergiu como resultado de ampla discussões em meio ao movimento da Reforma Sanitária, entre as décadas de 70 e 80, servindo como pano de fundo para o estabelecimento de novas diretrizes no âmbito da saúde. Este Movimento, surge na sociedade civil organizada, particularmente a partir das organizações sindicais e populares da área da saúde.. Buscava o reconhecimento da saúde como uma questão de relevância pública, como direito do cidadão assumido claramente pelo setor público, em suas formulações, como abrangência da integridade, ampliada para além do espectro médico assistencial (FIGUEIREDO & TANAKA, 1996), atingindo seus propósitos na Constituição de 1988, com a inserção do direito à saúde e da organização de um sistema Único de Saúde universal e equânime.

Contudo, neste sete anos que se passaram desde a criação da Lei do Sistema Único de Saúde em 1990, em vez de ações práticas capazes de dar valor positivo às reformas no sistema de saúde, sobram evidências do descaso para com os serviços do setor público de saúde no Brasil (FIGUEIREDO & TANAKA, 1996).

Porém, o que se evidencia ao longo desses anos de implantação e implementação do SUS é o descaso para com os serviços e atividades do setor público de saúde no Brasil. A realidade que vivenciamos é de precariedade quase que absoluta no atendimento à saúde da coletividade.

Considerando estas questões, o desenvolvimento deste estudo justifica-se principalmente tendo em vista que para aproximarmos o entendimento de como se processam e acontecem as ações de saúde na atualidade brasileira é necessário, antes de mais nada, termos compreensão das forças que traçam estratégias para o desenvolvimento dessas ações. Nesse sentido devemos cuidar para não focalizar a enfermagem deslocada das políticas de saúde para não a tornarmos como uma estrutura isolada e desarticulada da realidade.

Antes o exposto, este estudo tem como objetivo identificar aspectos que possam contribuir para a reflexão sobre as tendências da política de saúde vigente no país, no sentido de estimular a discussão e a participação do Enfermeiro enquanto cidadão e da Enfermagem no processo de implementação do SUS.

## **METODOLOGIA**

Este estudo constitui-se em um artigo de revisão onde utilizamos como fonte de consulta, artigos recentes publicados em periódicos da área da saúde e indexados, artigos de jornais de grande circulação nacional entre outros documentos de relevância científica.

Portanto, para apresentarmos e discutirmos o material consultado, procedemos de maneira semelhante à análise bibliográfica utilizada por SOUZA (1995), ou seja, leituras exploratória, seletiva e analítica.

Partindo do princípio que estamos trabalhando com idéias, pensamentos e questionamentos, procuramos discorrer, assegurando os modelos científicos, nosso entendimento sobre a literatura produzida sobre tendências das políticas de saúde no país.

## **DISCUSSÃO**

De um modo geral pudemos perceber que a literatura é muito vasta acerca das questões que envolvem a análise do Sistema Único de Saúde abordadas sob vários pontos de vista. Entre eles identificamos aqueles onde a temática central gira em torno dos interesses políticos partidários, das políticas de saúde, dos recursos humanos, da assistência, do financiamento, da implementação da municipalização entre outros.

Seria pretensioso de nossa parte abordar e discutir cada um desses aspectos. Sendo assim, optamos por apontar questões que nos permitem evidenciar possíveis caminhos e saídas ao mesmo tempo que contribuir para subsidiar a discussão sobre a temática pela Enfermagem.

Relatório recentes da ONU trazem quadros que onde se mostra claramente que, infelizmente, vivemos num mundo doente. Particularmente a forma de viver das populações dos países do chamado terceiro mundo nem de longe pode ser considerado como saudável. Nestes, a miséria e a fome, as piores doenças da humanidade, associadas à falta de vontade política em encaminhar soluções adequadas, ainda imperam entre eles, numa demonstração clara de que o ajuste estrutural e a globalização da economia, não foram capazes de

gerar bem-estar a muitos povos do nosso planeta, inclusive no Brasil (CÚPULA, 1995).

De acordo com os relatórios da ONU (CÚPULA, 1995), os indicadores sociais e populacionais são desoladores tanto para a situação mundial quanto para a brasileira:

A face da miséria no mundo:

- Pobreza – Há um bilhão de pobres no mundo, recebendo menos de um dólar americano ao dia e sem acesso à alimentação, saneamento básico, emprego, escolas, serviços de saúde entre outros;
- Urbanização – No ano 2000, metade da população mundial estará vivendo nas grandes cidades. Cerca de 391 cidades já contarão, nesta época, com mais de um milhão de habitantes;
- Saúde – Apesar de um aumento na expectativa de vida, a taxa de mortalidade infantil ainda é muito elevada em regiões menos desenvolvidas. Algumas doenças como a tuberculose, malária, hanseníase, dengue, cólera, meningite infecciosa e hepatite estão ressurgindo. A AIDS assola o mundo sendo que estão na África cerca de 11 milhões dos 18 milhões de soropositivos do mundo;
- Fome – No mundo inteiro, 800 milhões sofrem de subnutrição crônica;
- Crianças – A maior parte das crianças menores de 5 anos morrem em consequência de doenças que poderiam ser facilmente prevenidas ou por desnutrição; há também, mais de 200 milhões de crianças de menores de 5 anos com algum grau de desnutrição; por volta de 200 milhões trabalham no mercado informal ou subemprego e cerca de 30 milhões vivem nas ruas;
- Desemprego – Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), há 120 milhões de desempregados e outros 700 milhões de subempregados no mundo;
- Analfabetos – Existem 905 milhões de analfabetos no mundo e 130 milhões de crianças que vão à escola;
- Mulheres – 55% das pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza são mulheres. Cada vez mais a pobreza é feminina;
- Na área rural – Aqui a pobreza é mais do que realidade. Nas regiões mais pobres do mundo, mais de 75% da população vive no campo. Menos de um terço tem acesso ao saneamento básico.

A face da miséria no Brasil:

- Há 40 milhões de brasileiros pobres, dos quais 16,6 milhões são indigentes o que representa 12% da população brasileira nas áreas urbanas; metade das crianças menores de 3 anos são pobres. Um entre três lares urbanos é pobre, aumentando à proporção de 50% na área rural. Brasil (1997), apresentando dados do IPEA, aponta para 1994 uma renda per capita de U\$1,980 para o Brasil como um todo. Porém o Sudeste concentra U\$2,631 e o Nordeste U\$958 per capita. Essa situação nos mostra as desigualdades de distribuição de riquezas, isto é poucos detêm alta concentração de renda em detrimento de muitos que sobrevivem com um salário mínimo (U\$120) no sustento de famílias com uma média de seis pessoas;

- 31,6 milhões de brasileiros (9 milhões de famílias), sofrem de desnutrição crônica;
- Em 1990, 63,5% dos brasileiros tinham acesso à água tratada, 37,2% a instalação sanitárias em suas casas e 61% contava com serviços de coleta de lixo;
- Existem 20,2 milhões de brasileiros com mais de 10 anos que não sabem ler nem escrever. Segundo o IPEA (1992), a taxa de analfabetismo na faixa de 10 a 14 anos é de 14% no conjunto do país, variando de 4% para o sudeste e 33% no nordeste, de acordo com dados do IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), apresentados por Brasil (1997), a taxa de analfabetismo para maiores de 15 anos no Brasil é de 20%;

Segundo ARANTES (1997), *a saúde pública brasileira vive uma crise sem precedentes em sua história. É a degradação do sistema de saúde com mortes e sofrimentos para os trabalhadores e o povo brasileiro.*

Todo este panorama vem demonstrar que são corretas as premissas do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que com muita força e mobilização social, bancou as propostas mais avançadas para a saúde que já tivemos em nosso país, oriundas da VII Conferência Nacional de Saúde. Destas propostas emergiu o Sistema Único de Saúde – SUS, na assembléia constituinte de 1988, como uma possibilidade de resposta à crise e à desagregação do sistema de saúde.

Hoje, após a X Conferência Nacional de Saúde, retomamos a organização nacional para fazer valer os princípios do SUS e defender a sua implantação e implementação, pois, acreditamos que com a garantia dos direitos determinados para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros e com um sistema de saúde que responda de fato às necessidades da população, poderemos mudar o quadro dramático que descrevemos anteriormente.

Embora a nossa conquista Constitucional, de saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, esteja garantido mediante políticas sociais e econômicas e, reconhecendo ainda que entre as políticas sociais promovidas pelo Estado Brasileiro, a saúde ainda é a mais inclusiva, pois através do SUS é garantido o acesso universal, com atendimento integral e gratuito, vivenciamos as dificuldades de implantação e implementação destes sistemas num projeto claro de desmonte capitaneado pelo Governo Federal, com a sua política neoliberal que determina o processo político e de financiamento em direção diametralmente oposta.

Esta concepção neoliberal, pretende reduzir ao máximo as responsabilidades do Estado no atendimento à Saúde, quebrando, assim, o princípio da universalidade inscrito na Carta Federal. A conseqüência desta política, portanto, é a desnutrição dos serviços sociais, fazendo com que mesmo aquelas áreas onde o Estado está constitucionalmente obrigado a atuar, sejam tratadas como não merecedoras de investimentos e atenção, provocando um agravamento da situação do atendimento à saúde da população, principalmente a mais carente (ARANTES, 1997; CEBES, 1997).

No período entre 1988 e 1996, pouco se avançou no alcance dos objetivos consignados na Constituição Federal e na implantação da nova forma de organização do Sistema de Saúde estabelecida nas legislações aprovadas (Leis 8080 e 8142). As Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1999), dotaram o país de uma legislação moderna, socialmente avançada e citada e internacionalmente como modelo. Porém ao longo dos anos noventa, por exemplo, os gastos públicos federais com saúde tem sofrido uma forte queda. Depois de atingirem os U\$77.08 per capta em 1989, caem para U\$42.48 em 1992, recuperando-se para apenas U\$65.18 em 1994, resultando num gasto per capta em torno de U\$60.00/ano, chegando a U\$98.53 em 1995 e U\$83.82 em 1996, caracterizando-se como u dos menores do mundo (BRASIL 1997; FEGHALI et al., 1997.).

O Governo Federal investe ofensivamente, na tentativa de emperrar a implementação do SUS. Constatamos em FEGHATLI et al. (1997), duas ações importantes do governo neste sentido, as quais a autora denominada de asfixia financeira e mudança de modelo.

A asfixia financeira, caracteriza-se por retenção de recursos devidos e estagnação orçamentária. Foram rebaixados os recursos para CEME (Central de Medicamentos, extinta em maio de 1997), FUNASA, e FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Deslocaram da CPMF (Contribuição provisória da Movimentação financeira), cerca de R\$1,3 bilhões para pagar a dívida com o FAT (Fundo de amparo ao Trabalhador) (BRASIL, 1997), que é de responsabilidade do tesouro e não do Ministério da Saúde.

O Fundo de estabilização Fiscal consome 20% dos já insuficientes recursos do Ministério da Saúde. O orçamento da saúde em 1997 será ainda menor que o de 1996. Foi anunciado o efeito *Robin Hood*, onde, sem qualquer aumento do Orçamento Federal, os municípios que hoje gastam com saúde repassariam para os que não gastam (FEGHALI et al., 1997).

Isto significa desmontar onde funciona e nivelar todos por baixo permitindo-nos inferir portanto que, na busca de recursos, ocorrerá redução dos leitos públicos e aumentarão os leitos dos planos privados. Retomar-se-á então, a máxima de assistência pobre para os pobres e rica para os ricos. No entanto, ainda não vimos o esforço do governo de desenvolver ações concretas e efetivas de fiscalização que inibam a corrupção, a sonegação e de combate às fraudes, o que certamente faria com que os recursos da saúde fossem de fato aplicados na saúde (FEGHALI, 1997).

A mudança de modelo é a chamada "publicação" que propõe ao Estado o atendimento básico, assistência de baixo custo e qualidade para a população de baixa renda e delega às forças de mercado, através das organizações sociais, o atendimento de maior complexidade e sofisticação. Ou seja, será atendido quem puder pagar. A seleção de clientela daí resultante, criará uma situação de enorme crueldade e descaso para ampla camada da população, enfim, veremos a volta da indignação (FEGHALI et al., 1997).

De acordo com MACEDO (1996), dizem que falta ao governo federal uma política social parece um equívoco. É justamente na previdência, no trabalho,

na educação e na saúde que este governo revela sua principal ação política: a ausência do Estado, deixando brecha para a atuação complementar da iniciativa privada. A "reforma da saúde" em andamento, nos bastidores políticos, fará o mesmo percurso das outras questões sociais, norteadas pelo mesmo princípio em que premissas falsas são ventiladas como verdades incontestáveis, cristalizadas na mente de um povo que deseja uma salvação.

Nesse sentido o torna-se grande entreve às pretensões governistas uma vez que afasta-se até a ausência do social beneficiando, com isso, a área econômica. Dessa maneira, segundo MACEDO (1996) aumentam as críticas ao SUS – visto por alguns como natimorto e, por outros, como uma fonte sem fim de corrupção. Com isso os cidadãos não agraciados pela miséria poderão depositar nas contas dos chamados Planos de Saúde o dinheiro que não têm para garantir-lhes a saúde que não terão porque não leram as letras miúdas dos contratos recheados de exceções e carências.

Portanto, a promessa de uma saúde com mais recursos à população menos favorecidas, caminha a médio prazo em direção a uma saúde pobre para atender pobres. Considerando todos estes aspectos é provável que venham propostas de alterações constitucionais para anular as diretrizes essenciais do SUS, como a universidade.

Colocamos então o desafio de divulgar e reproduzir as experiências de sucesso, onde acreditando-se parcerias entre Prefeituras e Conselhos Municipais de Saúde e fizeram com que o Modelo preconizado pela nossa Constituição desenvolva-se com sucesso.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pontuamos neste estudo a fonte influência das idéias neoliberais governistas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Um exemplo claro desta situação ;é a falta de vacinas para o esquema básico, a desativação de campanhas de prevenção ao dengue, a desassistência e abandono em inúmeros programas de saúde (CAMPOS, 1996).

Frente a esse sistema precário, a saúde encontrada por muitos cidadãos é associarem-se ao atendimento privado mascarado na forma de "plano de saúde" em franca expansão nos últimos anos. Assim, o acesso aos serviços de atendimento médico-hospitalares restringe-se a uma parcela da população que muitas vezes esforça-se para encontrar condições em bancar mais este gasto, em detrimento até da alimentação, lazer, habitação, vestuário entre outras necessidades.

Segundo o CEBES (1997), as ações de desmantelamento do sistema público de saúde, somadas ao sufocamento financeiro provocado, mostra que o objetivo do Governo é fazer do SUS apenas um instrumento destinado aos excluídos, que não teriam outra alternativa para sua assistência.

Em contrapartida vários municípios, particularmente nos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Paraná, têm vivenciado experiências de sucesso na implementação do SUS, numa comprovação de que sua viabilidade de acordo

com os preceitos Constitucionais é possível. Nesse sentido, concordamos com CAMPOS (1996), quando afirma que as experiências de inúmeras cidades brasileiras refletem como que uma certa resistência muda aos desmandos federais.

Acreditamos que para a concretização do SUS numa abrangência territorial maior e mais significativa no intuito de responder às necessidades da população, é essencial que alguns requisitos fundamentais sejam garantidos, como por exemplo:

- Financiamentos permanente para a saúde, através da aprovação da PEC-196 (Projeto de Emenda Constitucional), que garante 30% dos recursos da seguridade social para saúde e estabelecer um mínimo de 10 % do orçamento fiscal dos Estados e Municípios;
- O SUS como modelo integral com promoção e assistência planejados e executados por suas esferas de comando, evitando-se paralelismo de programas assistências;
- Gestão única
- Ampliação do controle social, através de Conselhos de Saúde fortes e participativos, assim como a utilização de outros instrumentos de controle e fiscalização (Leis Estaduais, Municipais);
- Fortalecimento dos Conselhos Nacionais, Estaduais, Municipais e locais de Saúde, preparando os conselheiros ao exercício e controle social de fato;
- Combate sistemático às fraudes e à sonegação;
- Profissionalização e qualificação do processo de trabalho, com valorização dos recursos humanos através de contratação por concursos públicos, implementação de plano de cargo e salários e carreiras, reajustes salariais que garantam poder aquisitivo real, implementação de políticas e instrumentos que estimulem o trabalho;
- Abertura em condições adequadas de funcionamento, das unidades de saúde públicas fechadas ou inacabadas;
- O funcionamento pleno de todas as Unidades de Saúde públicas ou conveniadas;
- Não aceitação da publicitação, flexibilização e terceirização que o governo propõe;
- Mobilização e revitalização do movimento em defesa da saúde pública, com a reorganização das Plenárias de Saúde;
- Posição de combate aos Programas de Governo de estímulo à demissão voluntária que visa esvaziar e posteriormente privatizar as unidades de saúde.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ARANTES, A. *A defesa da saúde pública em Goiás e no Brasil*. Goiânia/Brasília, 1997. Mimeo.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da Comissão de Acompanhamento do Orçamento do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, 1988.
3. \_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A Saúde no Brasil*. Brasília, março, 1997.
5. CAMPOS, G.W.S. Resenha: A Construção do SUS a partir do Município –



- Silva, S.F. São Paulo, HUCITEC, 1996. Saúde em Debate, junho 1996.
6. CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde). FHC radicaliza sucateamento e investe contra o SUS. Editorial, *Boletim do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*. Nº 40, Ano 21, maio 1997.
  7. CÚPULA de Copenhague. O Raio X do mundo revela um planeta doente. *Revista 3º Mundo*. Rio de Janeiro, ano XX, nº 184. 1995.
  8. FEGHALI, J. "A volta da indignação". *O Globo*, 11/03/1997.
  9. FEGHALI, J. HERMOGENES, J. A.; PARDELLAS, F. *A questão da Saúde*. Brasília, 1997. Mimeo.
  10. FIGUEIREDO, A.M.A.; TANAKA, O. *A avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde*. *Cadernos Fundap*. São Paulo, 19:98-105, 1996.
  11. IPEA. *Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil 1996*. Brasília, PNUD, 1996.
  12. MACEDO, R.M. *Reforma e a "reforma da saúde"*. *Folha de São Paulo*, 12/06/1996. 3º Caderno, pag. 2.
  13. MORAIS, J.L.B. *O direito da saúde*. *Saúde em Debate* 51:22-29, junho 1996.
  14. SOUZA, M.C.B.M. *Estudo bibliográfico da produção da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil no período de 1932 a 1993*. Ribeirão Preto, 1995, 193p. *Dissertação (Mestrado)*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
  15. TIRREL, M.A.R. CARVALHO, V. *Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: impacto político social e inserção da Enfermagem*. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1993.

## **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR**

16. BANCO MUNDIAL. *Brasil: novo desafio à saúde o Adulto*. Série de estudos do Banco Mundial sobre países. Washington D.C., 1993.
17. CAMPOS, G.W.S. *Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS*. Campinas, 1997. Mineo.
18. \_\_\_\_\_. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.
19. COHN, A. *Políticas sociais e pobreza no Brasil*. *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 12, 1995.
20. MULLER NETO, J. S. *Políticas de saúde no Brasil: a descentralização de seus atores*. *Saúde em Debate*, 31:54-66, 1991.
21. TAPIA, J. R. B.; HENRIQUE, W. *Crise, Reforma e políticas Sociais na América Latina*.

## **AUTORES**

**Ivete Santos Barreto** - Enfermeira Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; Vice presidente da Federação Panamericana dos Profissionais de Enfermagem.

**Marcelo Medeiros** - Doutor Professor Adjunto da Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

**Olívia Vieira da Silva** - Enfermeira, Sanitarista; Vereadora do Município de Goiânia; Presidente da Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Goiânia – Goiás.

[Topo da Página](#)



A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma Licença **Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional**.

