

O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.



# **BOLETIM DE CONJUNTURA**

**BOCA**

Ano II | Volume 2 | Nº 5 | Boa Vista | 2020

<http://www.ioles.com.br/boca>

ISSN: 2675-1488

<http://doi.org/10.5281/zenodo.3759724>

---



## SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO NO BRASIL E A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

*Francisleile Lima Nascimento<sup>1</sup>*

*Alberto do Espírito Santos Dantas Pacheco<sup>2</sup>*

### Resumo

O referido artigo tem como objetivo analisar a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) refletindo sobre as medidas emergenciais do poder público para combater o novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19). A metodologia utilizada parte da revisão bibliográfica de cunho descritivo e exploratório sob a ótica da abordagem sistêmica e análise de conteúdo. Os resultados partem da análise de conteúdo demonstrando que o Sistema de Saúde Público Brasileira vivencia um momento delicado à beira de um colapso frente à demanda da pandemia fruto de uma política adotada no período colonial estendendo-se a atualidade priorizando sempre a elite e contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e ao acesso aos serviços básicos de saúde. Conclui-se que devido às grandes ocorrências do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19) e as diversas falhas que o SUS sempre apresentou e nunca foram verdadeiramente solucionadas, o sistema enfrenta um dos seus maiores desafios da história, momento este de, repensar a gestão e fortalecer o SUS para atender a demanda da pandemia que a cada dia faz centenas de vítimas.

**Palavras-chave:** coronavírus; covid-19; pandemia; Sars-CoV-2; Sistema Único de Saúde (SUS).

### Abstract

This article aims to analyze the capacity of the Unified Health System (SUS) reflecting on the emergency measures of the public authorities to combat the new coronavirus (Sars-CoV-2) and the disease (covid-19). The methodology used is based on a descriptive and exploratory bibliographic review from the perspective of the systemic approach and content analysis. The results start from the content analysis demonstrating that the Brazilian Public Health System is experiencing a delicate moment on the verge of a collapse in view of the pandemic demand as a result of a policy adopted in the colonial period, extending the present time always prioritizing the elite and contributing to the increasing social inequalities and access to basic health services. It is concluded that due to the great occurrences of the new coronavirus (Sars-CoV-2) and the disease (covid-19) and the several flaws that SUS has always presented and were never truly resolved, the system faces one of its greatest challenges in the history, this time to rethink management and strengthen the SUS to meet the demand of the pandemic that causes hundreds of victims every day.

**Keywords:** coronavirus; covid-19; pandemic; Sars-CoV-2; Unified Health System (SUS).

## INTRODUÇÃO

A história da saúde pública no Brasil se configura com a própria história do país, tendo em vista que a região vivenciou uma colonização de exploração sem um programa de ocupação do território que ocorreu acompanhada de diversas doenças como sarampo, gripe, peste bubônica, malária, cólera, tifo, difteria e varíola (que matou centenas e milhares de colonos e nativos da América do Sul) oriundo das amplas repercussões epidemiológicas transfronteiriças (SENHORAS, 2020).

<sup>1</sup> Geógrafa, especialista pós-graduada e mestre em Desenvolvimento Regional da Amazônia. Professora do Salva Vidas Acadêmico (Suporte Acadêmico e Aulas de Metodologia). E-mail para contato: [leile\\_lima@hotmail.com](mailto:leile_lima@hotmail.com)

<sup>2</sup> Professor de Geografia da Rede Pública e Privada de Ensino na Cidade de Manaus e mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Educação pela Universidade Saint Alcuin Of York Anglican College. E-mail para contato: [alberto.due@hotmail.com](mailto:alberto.due@hotmail.com)



No período colonial, o tratamento de doença ocorria por meio dos curandeiros ou casas de saúde vinculadas às igrejas ou militares, restrito às classes superiores da sociedade caracterizado por um abandono total de todos os serviços essenciais para a formação de uma nova sociedade estabelecida em nosso país que só começou a ter mudanças significativas com a vinda da família real para o Brasil, fato que iniciou-se as discussões sobre a medicina e a implantação das primeiras escolas no país (VERONI, 2016).

Todavia, a preocupação com a saúde tornou-se uma realidade quando começou a afetar os negócios da elite brasileira. A implantação das unidades de saúde veio acompanhada pela implantação das casas de misericórdias, hospitais e as campanhas de imunizações com destaque para Fiocruz e Oswaldo Cruz, lembrados como um marco em todas as tratativas de saúde no Brasil (PERILLO, 2008).

Cabe ressaltar que o entendimento da sociedade para essa prevenção não ocorreu de forma amistosa, precisando o militarismo intervir no que ficou conhecida como “A revolta da Vacina”. Entretanto, apesar de ocorrer o movimento de prevenção de doenças, a política de saneamento da cidade era muito falha, se restringindo como solução “limpar” a sociedade, enviando uma aglomeração da população carente para morros e vilas, fora da cidade (LAZZARIS, 2009).

Já no século XX, com a Era Vargas, surgiu à discussão do direito à saúde de uma forma coletiva para uma maior parte da sociedade com destaque para os órgãos e institutos, tais como: o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI); e o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE), cabendo mencionar que a presidência desses institutos era exercida por pessoas livremente nomeadas pelo presidente da República (PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

De acordo com Batich (2004), a política de gestão financeira dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), não suportou a expansão dos seus serviços para área de alimentação, habitação e saúde e entrou em colapso. Dessa forma, em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), todos os institutos que prestavam serviços ao setor privado foram incorporados a Previdência Social.

Entretanto, somente com a Constituição Federal de 1988, foi que a população passou a ter acesso aos serviços de saúde gratuita por meio de hospitais públicos, dando início a proposta sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde mundial com uma rede de atendimento que varia do ambulatorial até as cirurgias de grande risco (BRASIL, 2000).

Porém, apesar da iniciativa política do programa, cujo em muitos países é inexistente o acesso público à saúde, o regime assistencial no Brasil se apresenta escasso e sobrecarregado, fazendo com que



grande parte da população não seja assistida pelo sistema de saúde pública principalmente em situações graves como as grandes epidemias e pandemias como a do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19) mostrando que a saúde pública brasileira necessita de projetos, pesquisas e infraestrutura para as instituições (OTONI, 2020).

Diante dessa contextualização, o presente artigo visa analisar a capacidade do SUS refletindo sobre as medidas emergenciais do poder público para combater o novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19). A metodologia utilizada parte da revisão bibliográfica de cunho descritivo e exploratório sob a ótica da abordagem sistêmica e análise de conteúdo.

## CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para início de reflexão sobre a análise dos serviços de saúde pública no Brasil no que tange a qualidade e a assistência frente ao novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19), torna-se necessário contextualizar o processo de evolução da saúde brasileira que compreende as medidas para receber a família real, a medicina campanhista e assistencial do SUS (LOPES, 2011).

O processo histórico evolutivo da saúde no Brasil segundo Costa e Júnior (2014), teve início somente a partir do século XVI com o surgimento e implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, impulsionadas pela chegada da família Real. De acordo com Lopes (2011), as primeiras medidas adotadas para implantação da saúde pública brasileira foi a criação em 1808, de duas escolas de medicina no país (Colégio Médico-Cirúrgico do Real Hospital Militar de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro), que visavam principalmente à saúde e o bem-estar da nobreza.

Entretanto Merhy e Queiroz (1993), apontam que a história da Saúde Pública brasileira ganha outra vertente a partir da década de 1900 com os estudos de Emílio Ribas (São Paulo) e Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro) que desenvolveram medidas preventivas centradas no isolamento dos indivíduos doentes contagiantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios. Essas medidas deram aspectos de coletividade para os tratamentos de saúde no Brasil.

Conforme Gasparetto Júnior (2012), cabe ressaltar que a contribuição de Carlos Chagas para o desenvolvimento da saúde pública no Brasil, bem como o papel do Instituto Vital Brazil, Butantã ou Adolfo Lutz, uma vez que, estas entidades são exemplos concretos de atividade competente e meritória da saúde pública brasileira, priorizando o combate e tratamento às doenças.

Dessa forma, se pode afirmar que a contribuição de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolfo Lutz à saúde pública brasileira foi de extrema importância, tendo em vista suas inúmeras descobertas e feitos em benefício da saúde pública no Brasil. Da mesma forma, pode-se destacar a participação do Instituto



Butantan criado em meados do século XIX, e o Instituto Vital Brazil importantíssimos no combate do surto da peste bubônica, fato que originou o Instituto Manguinhos (atual Fundação Oswaldo Cruz ou Fiocruz), as ações dessas instituições contribuem até hoje em incidência de acidentes com animais peçonhentos, como as serpentes (BORGES, 2005).

Nesse contexto histórico não se pode deixar de destacar a participação dos grupos filantrópicos de cunho religioso como as Santas Casas de Misericórdia, que cuidava da saúde dos brasileiros, principalmente a população mais carente (SANTIAGO *et al.*, 2015).

A atuação da filantropia incitou o Estado a tomar atitude com relação à saúde da população, que iniciou algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e de saneamento básico. Uma das primeiras ações do Estado ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola promovida pelo sanitarista Oswaldo Cruz (CARVALHO, 2013).

Nessa perspectiva histórica, por volta da década de 1940 percebe-se que as primeiras iniciativas da saúde pública brasileira eram, portanto, de caráter emergencial mediada pelo Governo Central e organizada pela Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), essas medidas faziam parte das ações da vigilância de controle ambiental, que deram origem a estrutura da saúde pública com o aparecimento dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), com o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e a Superintendência de Campanhas (SUCAM) (SANTIAGO *et al.*, 2015).

Todavia, a saúde pública só ganhou amplitude com a Proclamação da República, em 1889, implementando um modelo sanitarista visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando a saúde brasileira uma medida coletiva sob a responsabilidade do governo (CORREIA, 2014).

Porém, essas medidas não foram além do papel, e reduziram a saúde pública praticamente à atuação campanhista pelo país. Tais medidas favoreceram ações verticais permanentes da Liga de Saneamento, viabilizando a construção dos serviços médicos previdenciários, abrindo outro setor socialmente significativo no conjunto das ações de saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993).

A partir de uma corrente cronológica, as políticas públicas de saúde no Brasil foram desenvolvidas mediante a chegada da família real em 1808, e ao longo dos anos, vem sofrendo modificações. A primeira medida tomada foi impor normas sanitárias para os portos combatendo a entrada de doenças contagiosas que pudessem ameaçar a saúde da Realeza (CORREIA, 2014).

Com o advento da Independência do Brasil em 1822, novas medidas foram estabelecidas atribuindo as províncias o controle dos portos e quaisquer decisões sobre tais questões de saúde. Em 1923, o Estado brasileiro, promulga a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e



Pensão (CAPs) estabelecendo as empresas e trabalhadores o direito assegurado à assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões (CORREIA, 2014).

Outro aspecto levantado por Correia (2014), relata que ao longo dos anos, a CAPs, passou a corresponder aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que estendeu o atendimento ao número maior de trabalhadores.

Em 1967, foi implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que extinguiu os IAPs, com essa medida o atendimento se estendeu também aos trabalhadores rurais e assegurados pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). É importante frisar que os trabalhadores com carteira assinada, eram assistidos pelo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (SANTIAGO *et al.*, 2015).

Em contrapartida, o governo através da Constituição Federal de 1988, cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que mais tarde transformou-se no SUS, encarregado de organizar no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, dos serviços Estaduais e Municipais de saúde, sendo o SUS uma conquista da sociedade brasileira (COSTA; JÚNIOR, 2014).

Na década de 1990 marca importantes mudanças na saúde brasileira onde a intervenção do poder público apresenta-se mais pertinentes, implantando as campanhas de vacinações promovendo dessa maneira as primeiras ações da saúde coletiva para a população. Essas ações proporcionaram a unificação dos departamentos de saúde, dando origem a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que estrutura e incorpora o SUS respondendo assim, às necessidades e exigências de um novo Brasil (SANTIAGO *et al.*, 2015).

A partir do surgimento do SUS, a saúde pública brasileira se estruturou baseada no tripé da Descentralização, da Integralidade, da Assistência e da Participação da comunidade, oferecendo um serviço de qualidade para a população. Porém, o SUS, é alvo de várias críticas em função da precariedade dos serviços prestados, da escassez de mão-de-obra qualificada, a demora no atendimento da grande demanda populacional e da demora na solução de problemas por causa de uma grande sobrecarga burocrática. Essas críticas ao SUS volta e meia retornam sempre em que o país enfrenta uma situação emergencial como ocorre com as epidemias (Dengue, Zika e Chikungunya) e atualmente o novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19) (CARVALHO, 2013).



## SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO NO BRASIL E A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E DA DOENÇA (COVID-19)

Para compreendermos a organização da saúde pública do Brasil precisa-se entender a dinâmica do SUS. As práticas de saúde do SUS são baseadas em ações organizadas pela sociedade no contexto político, econômico e social. Dessa forma, o SUS foi se desenvolvendo de acordo com as necessidades da sociedade. Sendo assim, não se pode dizer que esse sistema já nasceu pronto e acabado, mas sim, está em constante construção e adaptações (BRASIL, 2000).

Somente a partir da década de 1980, que a saúde pública passou a ser mais universal e menos excludente, abrangendo atendimentos hospitalares para toda a população. De acordo com Lopes (2011), impulsionada pelos congressos e movimentos sociais que cobravam do Estado brasileiro a Reforma Sanitária, na busca da garantia de um sistema unificado de saúde para toda a população, é criado em 1990, o SUS, com a finalidade de estender a toda à população o direito a saúde, oferecendo, serviço médico, assistência hospitalar e social de forma descentralizada e regional.

Mediante a essa visão, pode-se afirmar que o SUS nasceu destinado a atender todos os cidadãos, financiado através dos recursos arrecadados como os impostos e contribuições sociais pagos pela população, complementado por recursos do governo federal, estadual e municipal respondendo a política de Organização Mundial da Saúde (OMS) e a “cooperação funcional para o desenvolvimento da saúde pública internacional” (SENHORAS; SOUSA, 2013).

A legitimidade do SUS está estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças dos serviços prestados por esse sistema.

Nessa concepção, Brasil (2000) conceitua o SUS, como todo o serviço de saúde prestado na esfera federal, estadual e municipal, sem custos adicionais para a população, onde o setor privado atua de forma complementar. Dessa forma, torna-se necessário esclarecer que o SUS, abrange também a participação do setor privado, que poderão atuar de forma complementar do sistema único de saúde, seguindo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Historicamente, o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, originário das lutas do movimento conhecido como Revolução Sanitária, inflamado pelos meios acadêmicos na década de 1970. A implantação do Sistema foi e é uma grande vitória da sociedade e de grande valia no setor da





saúde do brasileiro, porém, atualmente, percebe-se que esse Sistema não exerce sua funcionalidade conforme seus princípios de oferecer saúde como direito de todos (DINIZ, 2014).

Quando se trata de uma situação como a pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19) nota-se que a saúde pública no Brasil apresenta grandes problemas, principalmente relacionado à gestão e falta de recursos representados pelos gastos indevidos, por esse motivo que o sistema ainda não tem surtido um resultado notório com relação a pandemia, pois a doença não está somente relacionada entre o homem e o meio natural, mas também entre o homem e o meio social, e as medidas tomadas para o isolamento social tem sofrido interrupções constantes (OTONI, 2020).

Sendo assim Fernandes (2020), ressalta que a organização e a gestão dos serviços do SUS enfrentam grandes dificuldades, principalmente por parte dos municípios brasileiros que não conseguem arrecadar os recursos necessários para o bom funcionamento do sistema de saúde, e sempre que ocorre uma situação de emergência buscam ajuda ao governo federal, como tem ocorrido atualmente por virtude do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19) onde o Governo estuda a possibilidade de repasse de 40 bilhões para os estados e municípios combaterem a pandemia.

Para Pontes (2020), o seguinte cenário apresentado pelo SUS mostra que as grandes dificuldades não se encontram concentrados no setor público que apresenta resultados positivos principalmente a nível de atenção primária, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário atestando a fragilidade do SUS frente ao novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19) que coloca em cheque a saúde pública nas cinco regiões do Brasil.

Entretanto, com a pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19), nota-se que um colapso na saúde pública brasileira já é eminente, pois nas regiões Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro); Nordeste (Ceará) e Norte (Amazonas), a saúde preventiva e assistencial do país não correspondem com a demanda devido à falta de infraestrutura de equipamentos especializados para atenderem aos pacientes infectados, levando o Estado a promover ações emergenciais como a implantação de hospitais provisórios de alta complexidade em estádios, escolas, ginásios e áreas descampadas (PONTES, 2020).

Conforme Otoni (2020), o novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19), reacendeu o alerta para as autoridades da necessidade de recuperar e fortalecer o sistema da saúde pública brasileira à elaborar um plano para enfrentar momentos atuais como o da pandemia, com o objetivo de superar as fragilidades que o SUS tem apresentado de combater o novo coronavírus sem causar pânico à população, bem como, sem superlotar os laboratórios clínicos, farmácias e hospitais.





De acordo com literaturas já publicadas recentemente sobre o novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19), em seus diversos aspectos, o investimento na Saúde Pública sempre será a medida com maior eficiência para o enfrentamento e combate da pandemia. Pois o fortalecimento do SUS por meio de pesquisas, estrutura física e humana, e projetos sem cortes de verbas e programas específicos tem resultado direto no colapso que a saúde pública tem enfrentado nos últimos meses (SENHORAS, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do SUS em seus fundamentos (baseado nos princípios e objetivos da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde) ser uma referência, sendo elogiada mundialmente pelos principais órgãos internacionais de saúde por contemplar um dos mais modernos sistemas de saúde pública do mundo com os mais modernos princípios da medicina pública ofertado de forma gratuita a população brasileira. Percebe-se que, em meio à crise gerada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19), diversas falhas do sistema vislumbrada por falta de investimento público, mão de obra ineficiente, corrupção ou até falta de informação por parte de seus usuários tem colocado em xeque a eficiência do gerenciamento do sistema.

Dessa forma, considerando a visão que se tem do SUS no Brasil, como um sistema precário, torna-se necessário reavaliar a gestão das verbas destinadas aos programas de saúde pública e analisar a qualidade dos serviços ofertados. É importante mencionar a política adotada para o atendimento da demanda de médicos por região, pois, percebe-se que a falta de médicos em regiões afastadas em contraponto à intensa concentração nas grandes cidades torna-se o atendimento falho e de baixa qualidade.

Outro ponto a se considerar, diz respeito a ausência de estrutura nos hospitais da rede pública, a grande incidência de infecções hospitalares, além da dificuldade em conseguir atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF/ PSF's), bem como os inúmeros problemas que atingem os brasileiros que tentam utilizar a saúde pública diariamente. Ou seja, quando estes problemas se confrontam com uma situação de emergência como a pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença (covid-19), a tendência será o colapso do sistema.

Sendo assim, evidencia-se que o sistema de saúde pública brasileira vivencia um momento delicado à beira de um colapso frente à demanda do coronavírus, fruto de uma política adota no período colonial que se estende à atualidade priorizando sempre a elite e contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e acesso aos serviços básicos de saúde. Logo, devido às grandes ocorrências do coronavírus e as diversas falhas que o SUS sempre apresentou e nunca foram verdadeiramente



solucionadas, o sistema de saúde público enfrenta um dos seus maiores desafios da história, de como repensar a gestão do sistema e fortalecer o SUS para atender a demanda da pandemia que a cada dia faz centenas de vítimas.

## REFERÊNCIAS

BATICH, M. “Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada”. **Revista São Paulo em perspectiva**, vol. 18, n. 3, 2004.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. “Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família”. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS) - Princípios e conquistas**. Brasília, DF: MS, 2000.

CARVALHO, G. “A saúde pública no Brasil”. **Revista Saúde Pública Estudos Avançados**, vol. 27, n. 78, 2013.

CORREIA, B. S. “A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil”. **Portal Eletrônico Educação** [2014]. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

COSTA JÚNIOR, A. G.; COSTA, C. E. “Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil”. **Portal Eletrônico da MV** [2014]. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog>>. Acesso em 20/04/2020.

DINIZ, J. “Os desafios da saúde pública no Brasil”. **Portal Eletrônico da UNINABUCO** [2014]. Disponível em: <<http://www.joaquimnabuco.edu.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

FERNANDES, A. “Contra projeto bomba Guedes negocia repasse de até R\$ 40 bi a estados e municípios”. **Estadão**. [11/04/2020]. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

GASPARETTO JÚNIOR, A. “Saúde Pública”. **InfoEscola** [2012]. Disponível em: <<http://www.infoescola.com>>. Acesso em: 13/04/2020.

LAZZARIS, M. C. **As políticas de saúde e as intervenções no espaço urbano**: Florianópolis, 1930-1945 (Dissertação de Mestrado em Urbanismo, História e Arquitetura da Cidade). Florianópolis: UFSC, 2009.

LOPES, P. J. **A Evolução da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Pastoral Fé e Política, 2011. Disponível em: <<http://www.pastoralfp.com>>. Acesso em: 13/04/2020.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. “Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro”. **Caderno Saúde Pública**, vol. 9, n. 2, 1993.



OTONI, R. “Coronavírus mostra importância do SUS”. **Revista online Fórum** [13/03/2020]. Disponível em: <<https://revistaforum.com.br>>. Acesso em: 13/04/2020.

PERILLO, E. B. F. **Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil**. Um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942-1966 (Tese de Doutorado em História Econômica). São Paulo: USP, 2008.

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. “Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes”. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010.

PONTES, N. “Sucateado, SUS vive "caos" em meio à pandemia”. **Deutsche Welle, Brasil**, [17/03/2020]. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br>>. Acesso em: 13/04/2020.

SANTANA, R. M.; SILVA, V. G. **Auditoria em Enfermagem: uma proposta metodológica**. Ilhéus: Editus, 2009.

SANTIAGO, F. P.; SOUZA, P. R. F.; MACHADO, F. C. A.; FERNANDES, E. R. L. “Perfil de homens na atenção primária à saúde”. **Revista HOLOS**, vol. 5, 2015.

SENHORAS, E. M. “Coronavírus e o papel das pandemias na história humana”. **Revista Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 1, n. 1, 2020.

SENHORAS, E. M.; SOUSA, Y. N. “Cooperação funcional para o desenvolvimento da saúde e os entraves para a diplomacia médica no Brasil”. **Boletim Mundorama**, vol. 70, 2013.

VERONI, W. “Saúde e Literatura: livro faz recorte histórico da saúde dos escravos no Brasil”. **Blog Saúde** [16/05/2016]. Disponível em: <<http://blog.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 13/04/2020.



## **BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)**

Ano II | Volume 2 | Nº 5 | Boa Vista | 2020

<http://www.ioles.com.br/boca>

### **Editor chefe:**

Elói Martins Senhoras

### **Conselho Editorial**

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

### **Conselho Científico**

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima