

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**A evolução dos sistemas assistenciais em saúde no
Brasil: uma revisão bibliográfica**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Victor Camera Pimentel

Tio Hugo, RS, Brasil

2011

A evolução dos sistemas assistenciais em saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica

Victor Camera Pimentel

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Prof Msc. Marcio Rossato Badke

Tio Hugo, RS, Brasil

2011

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde EaD

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Conclusão de Curso

A evolução dos sistemas assistenciais em saúde no Brasil: uma
revisão bibliográfica

elaborada por
Victor Camera Pimentel

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Marcio Rossato Badke, Msc.
(Presidente/Orientador – UFSM/ CESNORS)

Andressa Andrade, Msc.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Susane Flôres Cosentino, Msc.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Tio Hugo, 2 de julho de 2011.

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

A evolução dos sistemas assistenciais em saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica

AUTOR: VICTOR CAMERA PIMENTEL

ORIENTADOR: MARCIO ROSSATO BADKE

Data e Local da Defesa: Tio Hugo, 2 de julho de 2011.

Este trabalho aborda uma revisão literária sobre o andamento dos sistemas assistenciais em saúde no Brasil tendo por objetivo apontar os principais fatos ocorridos na conformação política da saúde brasileira desde o começo do século XX, passando pelo surgimento do sanitarismo campanhista, a assistência à saúde ligada a previdência e o movimento pela reforma sanitária chegando ao processo de implantação do SUS. A metodologia utilizada para a realização deste trabalho é de caráter exploratório por se tratar de um levantamento bibliográfico realizado no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa on-line foi realizada no primeiro semestre de 2011, com recorte temporal entre 1986 a 2011. A busca foi realizada pelo método integrado de pesquisa utilizando-se os seguintes descritores: “saúde pública, sistemas de assistência em saúde, Brasil” os descritores foram associados em uma única pesquisa na base de dados. Através desta busca foram encontrados 195 artigos relacionados com a temática. A partir desse resultado foi realizado um refinamento do material encontrado de acordo com objetivo do trabalho, no final foram utilizados 12 trabalhos. Os resultados evidenciam que três temas são destacados com maior relevância na produção científica: sanitarismo campanhista, previdência social e Sistema Único de Saúde. Assim, esta revisão buscou realizar um levantamento bibliográfico descrevendo o processo histórico da construção da assistência em saúde no Brasil, visando proporcionar uma nova visão dos acontecimentos históricos envolvidos neste processo.

Palavras-chave: saúde pública, sistemas de assistência em saúde, Brasil, história.

ABSTRACT

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

The evolution of health care systems in Brazil: a review

AUTOR: VICTOR CAMERA PIMENTEL

ORIENTADOR: MARCIO ROSSATO BADKE

Data e Local da Defesa: Tio Hugo, 2 de julho de 2011.

The aim of this study was to conduct a historical survey of the development of health care systems in Brazil. This study aimed to identify the main events in shaping the Brazilian health policy since the early twentieth century through the emergence of public health campaigns, health care linked to insurance and the movement for health reform coming from the implementation of the Unified Health System (SUS). The methodology used in this study was exploratory since it was a literature review on the database of the Virtual Health Library (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS). The online search was performed in the first semester of 2011, and had as a temporal delimitation the period from 1986 to 2011. The online search was held by the integrated method of research, using the following keywords: public health, health care system, Brazil. Three highlight themes were found: public health campaigns, social security and Unified Health System. This study showed a historical review describing the historical process of building assistance health in Brazil, providing a new vision of historical events involved in this process.

Keywords: public health; health care; history; Brazil.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	6
2.ARTIGO CIENTÍFICO – A evolução dos sistemas assistenciais em saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica.....	7
3.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
4.REFERÊNCIAS	21
5.ANEXO	24
5.1 ANEXO A – Normas para submissão do artigo.....	25

1. INTRODUÇÃO

Os processos de construção e reestruturação das políticas em saúde tem caminhado associado à evolução dos sistemas assistenciais à saúde e a implementação de novas medidas estratégicas que venham a melhorar a assistência neste setor. Desde o século XIX, os modelos assistenciais tem se projetado com o objetivo de intervir no processo saúde/doença. No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história, tendo início com o surgimento do sanitarismo campanhista, a assistência à saúde ligada a previdência e o movimento pela reforma sanitária chegando ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim para fundamentar novas pesquisas e ampliar o conhecimento sobre curso histórico dos modelos assistências em saúde no Brasil decidiu-se realizar um levantamento de produções científicas. Foi realizado um levantamento bibliográfico dos últimos 25 anos (recorte temporal entre 1986 a 2011) tendo como objetivo apontar os principais fatos ocorridos na conformação política da saúde brasileira desde o começo do século XX, passando pelo surgimento do sanitarismo campanhista, a assistência à saúde ligada a previdência e o movimento pela reforma sanitária chegando ao processo de implantação do SUS, buscando assim, identificar e enriquecer o entendimento em relação ao tema abordado. Desse modo, este estudo poderá posteriormente servir de subsídio a outras pesquisas relacionadas ao conceito histórico dos sistemas assistenciais em saúde no Brasil.

2. ARTIGO CIENTÍFICO

A evolução dos sistemas assistenciais em saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica

Autores: Victor Camera Pimentel¹; Marcio Rossato Badke²

¹Farmacêutico Bioquímico. Mestre em Ciências Farmacêuticas. Discente do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS. Doutorando em Bioquímica Toxicológica, UFSM.

²Enfermeiro Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/ CESNORS. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Enfermagem pelo PPGEnf/ UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa “Cuidado Saúde Enfermagem”. Docente do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS. e-mail: marciobadke@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Realizar um levantamento histórico da evolução dos sistemas assistenciais em saúde no Brasil. Tem como objetivo apontar os principais fatos ocorridos na conformação política da saúde brasileira desde o começo do século XX, passando pelo surgimento do sanitarismo campanhista, a assistência à saúde ligada a previdência e o movimento pela reforma sanitária chegando ao processo de implantação do SUS.

Métodos: a metodologia utilizada neste trabalho é exploratória por se tratar de um levantamento bibliográfico realizado no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa on-line foi realizada no primeiro semestre de 2011, com recorte temporal entre 1986 a 2011. A busca on-line foi realizada pelo método integrado de pesquisa utilizando-se em associação os seguintes descritores: “saúde pública, sistemas de assistência em saúde, Brasil”. Resultados: foram encontrados 195 artigos relacionados com a temática, dos quais foram selecionados 12 trabalhos de acordo com o objetivo do estudo. Os resultados evidenciam que três temas são destacados com maior relevância na produção científica: sanitarismo campanhista, previdência social e Sistema Único de Saúde.

Conclusão: este estudo buscou realizar um levantamento bibliográfico descrevendo o processo histórico da construção da assistência em saúde no Brasil, visando proporcionar uma nova visão dos acontecimentos históricos envolvidos neste processo.

Palavras-chave: Saúde pública; Assistência a saúde; Brasil; História.

ABSTRACT

Objective: The aim was to conduct a historical survey of the development of health care systems in Brazil. This study aimed to identify the main events in shaping Brazilian health policy since the early twentieth century, through the emergence of public health campaigns, health care linked to insurance and the movement for health reform coming from the implementation of Unified Health System (SUS). **Methods:** The methodology used in this study was exploratory since it was a literature review on the database of the Virtual Health Library (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS). The online search was performed in the first semester of 2011, and had as a temporal delimitation the period from 1986 to 2011. The online search was held by the integrated method of research, using the following keywords: public health, health care system, Brazil. **Results:** We found 195 articles related to the subject. Twelve papers were then selected according to the objective of the study. The results show that three themes are highlighted with greater relevance to scientific research, namely, sanitation campaigns, social security and Unified Health System. **Conclusion:** this study showed a historical review describing the historical process of building assistance health in Brazil, providing a new vision of the historical events involved in this process.

Keywords: public health; health care; history; Brazil.

INTRODUÇÃO

O modelo assistencial se refere ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade, sendo assim definido como uma série de combinações tecnológicas (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Os diversos modelos assistências são fundados nos conceitos saúde e doença e nas tecnologias disponíveis em determinadas épocas e possuem como base a intervenção nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde¹.

Além disso, as transformações socioeconômicas, culturais e política representam o eixo central no desenvolvimento e implantação destes sistemas.

Assim, dificilmente pode-se encontrar modelos assistenciais certos ou errados, ou até mesmo garantir a criação de um modelo correto para tal ocasião. Observem o que nos diz Merhy sobre o assunto:

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos².

Esta análise sobre os modos de intervenção nos problemas e necessidades relacionados à saúde, principalmente no que se refere à organização dos serviços e

a utilização de tecnologias, leva a identificar diversas formas de como e com o que atuar sobre a realidade da saúde.

Este trabalho passou brevemente pela evolução dos sistemas assistenciais na área da saúde deste o início do século com o surgimento do sanitarismo campanhista (início do século até 1965), passando pelo modelo médico-assistencial privatista, até chegar, ao Sistema Único de Saúde (SUS), este, que é modelo plural vigente.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa exploratória se caracteriza basicamente por envolver levantamento bibliográfico. Nesta pesquisa é utilizado o método histórico, uma vez que o autor investiga os acontecimentos do passado e suas transformações num dado período de tempo através de levantamento bibliográfico, realizado por meio de consultas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa on-line foi realizada em maio de 2011, com recorte temporal entre 1986 a 2011, nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram utilizadas as seguintes palavras-chave em português: “Assistência à saúde”, “políticas de saúde” e “Brasil”. Os descritores foram utilizados associados em uma única pesquisa (assistência à saúde/saúde pública/Brasil). Consultaram-se ainda leis federais e manuais do Ministério da Saúde além de outros materiais disponíveis on-line. Foram utilizados como critérios de inclusão os textos que apresentavam relação com a evolução histórica dos sistemas assistenciais (objetivando aproximar a discussão ao nosso contexto). Essa metodologia possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens

posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores³.

RESULTADOS

Foram incluídos nove livros (2,3,5,7,9,11,12,13,15), um manual do Ministério da Saúde (4), três artigos nacionais (6,14,17), uma dissertação de mestrado (10), duas leis federais (18,19) e outros cinco materiais bibliográficos obtidos através da pesquisa on-line (1,8,16,20). Destes, oito trabalhos foram encontrados na base de dados LILACS e quatro na base de dados on-line SCIELO. Os materiais que foram encontrados em ambas as bases de dados foram descritos uma única vez. Esses materiais foram revisados com foco na história dos sistemas assistências em saúde no Brasil.

Até o final do século XIX, o Brasil não apresentava uma forma de atuação sistemática sobre a saúde da população, o qual, apenas atuava eventualmente em situações de epidemias. Frente a isso, pode-se afirmar que até então o Brasil não possuía nenhuma política voltada para a atenção à saúde de seus habitantes. As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde dão-se a partir de 1900 por medidas tomadas pelo então presidente Rodrigues Alves instaurando o Programa de Saneamento do Rio de Janeiro e o Combate à Febre Amarela Urbana em São Paulo. No entanto, somente na década de 1920 é que começam as primeiras medidas em nível nacional para a criação do sistema de saúde pública⁴.

MODELO DAS CAMPANHAS SANITÁRIAS

As primeiras iniciativas no campo da atenção a saúde social surgiram no início do século XX, da emergência da questão social do conjunto das expressões da desigualdade social, econômica e cultural, ou seja, problemas da sociedade capitalista madura, do antagonismo entre o capital e o trabalho.

O Sanitarismo Campanhista teve início na transição do século XIX para o século XX (compreendido entre o fim da monarquia e o início da “República Velha”), estava ligado ao modelo econômico agroexportador, fortemente assentado na exportação cafeeira, exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Este modelo se mostrava através de uma visão militarista, de combate às doenças de massa (epidemias que acometiam a população – varíola, malária, febre amarela e peste), concentração de decisões, e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual, o uso da força e da autoridade era considerado os instrumentos preferenciais de ação)⁵. Configurou-se principalmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo e teve como base a elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudanças nas práticas dominantes até então⁶. Esta política de saúde, encarnada na figura carismática de Oswaldo Cruz, nomeado como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública por Rodrigues Alves, presidente vigente na época, caracterizava um modelo institucional unitário, centralizado, vertical e concentrado e fundamentado no poder político. O que não quer dizer por outro lado, que o sanitarista dispusesse de todo o poder. Oswaldo Cruz queixava-se com certa frequência de que seus projetos sanitaristas eram geralmente negados pelo poder legislativo só lhe restando

verbas para atividades emergenciais que não resolviam as questões básicas de saúde, sobretudo aquelas concernentes às epidemias e endemias⁷.

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo. Essa migração tinha como objetivo combater as denominadas endemias rurais, tendo em vista, a hegemonia da atividade agrícola na época, dado ser a agricultura, a atividade hegemônica da economia da época. Esse modelo embora não hegemônico, continuou convivendo no aparelho de Estado responsabilizando-se pelas ações coletivas e campanhas.

O SURGIMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Na década de 1920, com a acumulação de capital advinda do comércio exterior, torna-se possível o início da industrialização acompanhado pela crescente urbanização e mobilização dos trabalhadores por melhorias nas condições de trabalho. Com a passagem da economia agroexportadora para a industrial juntamente com as péssimas condições de vida e de trabalho associado à falta de garantias de direitos trabalhistas, a classe operária vai ser reconhecida pelo Estado.

Os fatores fundamentais para esse reconhecimento foram às lutas e protestos empreendidos mediante enfraquecimento das organizações trabalhistas, e, sobretudo pela exploração a qual a classe era submetida⁸. Em função disto, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais.

Assim que, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei

foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), a qual era composta por um conselho constituído de representantes dos empregados e empregadores. A primeira CAP criada foi a dos ferroviários tendo em vista a importância que este setor desempenhava na economia brasileira naquela época^{8,9}.

Esta vinculação medicina/trabalho foi responsável pelo processo de ampliação dos direitos sociais dos trabalhadores a qual promovia uma vinculação entre a obtenção dos direitos e a carteira assinada. Essa vinculação era definida por Wanderley Guilherme dos Santos como “cidadania regulada” na qual somente eram cidadãos aqueles cujas profissões eram reconhecidas por lei. Como o grande desenvolvimento da medicina assistencial-hospitalar neste período aconteceu dentro do sistema de proteção social formado pela Previdência, só era oferecida a atenção à saúde àqueles beneficiários da Previdência, e não a toda a população. Os recursos financeiros que financiavam a medicina previdenciária tinham como foco atender à demanda daqueles grupos protegidos pelo sistema¹⁰.

A partir década de 1930, o Estado começou a ser fortemente pressionado por parte dos intelectuais e militares, os quais, que buscavam a ampliação dos serviços na área de Saúde Pública. Esse movimento culminou na criação, em 1931, do Ministério de Educação e Saúde. Nesta fase a Saúde Pública definiu seu papel dentro da sociedade brasileira, e os burocratas e as classes que apoiavam a Revolução Constitucionalista, obtiveram grandes privilégios políticos¹¹.

Considerando os avanços na medicina previdenciária no Brasil, em 1930, é criado os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), os quais, diferentemente das antigas Caixas, eram organizados por categorias profissionais, não mais por empresas¹², evidenciando claramente a diferença na forma administrativa em relação as CAP. Enquanto a CAP era formada por um colegiado de empregados e

empregadores, a direção dos IAP cabia a um representante do Estado, escolhido pelos sindicatos reconhecidos pelo governo na época, sendo este assessorado por um colegiado sem poder deliberativo¹³.

Os IAP foram conceituados como modelos inovadores, pois, estabeleciam como norma institucional a participação da sociedade civil, por meio da representação patronal e sindical na sua gestão. Eram instituições federais de gestão centralizada, embora com agências ou escritórios regionais, seguindo neste ponto o mesmo estilo centralista e verticalizado das instituições de saúde pública originárias da Primeira República¹⁴.

Atendendo às diferentes carteiras profissionais a partir de 1933, os IAP tinham como objetivo organizar o setor previdenciário do país, garantir aposentadoria e pensões aos seus associados em caso de doenças, incapacidade ou morte do chefe de família, assistência médica, investimentos em setores diversos, inclusive em obras públicas, além de assistência aos programas sociais governamentais como a construção e/ou aquisição de moradias.

Assim, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB) e em 1936 o dos Industriários (IAPI). Em fevereiro de 1938, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE). A presidência desses institutos era exercida por pessoas livremente nomeadas pelo presidente da República⁸.

Após 1945, os IAP expandiram suas áreas de atuação, e passaram a incluir serviços na área de alimentação, habitação e saúde. Essa ampliação de funções, porém, não foi acompanhado pela reformulação da sua gestão financeira, o que acarretou posteriormente em sérios problemas. A falta de um planejamento central

foi também responsável por graves disparidades na qualidade do atendimento oferecido às diversas categorias profissionais.

Com a instauração do governo militar no ano de 1964, ocorreram mudanças nos institutos que atendiam aos trabalhadores do setor privado, estes Institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)¹⁵, este manteve o foco na assistência à saúde individual, pois as ações de saúde pública cabíveis aos governos estaduais e ao Ministério da Saúde, foi responsável pela expansão do modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, o que serviu para expandir o setor privado de clínicas e hospitais, assim como o consumo de equipamentos e medicamentos, no entanto, isto não garantiu a excelência na assistência à saúde.

Posteriormente o INPS foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários. Todas estas alterações resultaram em grandes inovações na assistência médica do Brasil, porém não abrangeram a totalidade da população, em virtude de só atenderem aos contribuintes e seus dependentes.

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Em 1988, vindo das correntes expressivas do movimento sanitário, ocorre a instituição do SUS pela Constituição Federal. A universalização e integralidade das

ações dos serviços a saúde começa a se tornar realidade com a implementação deste novo modelo e, é apontado na época como uma grande conquista da sociedade, já que, promovia a inclusão e proteção social ao consagrar a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O SUS chega com o objetivo de dar garantias para a sistematização das ações e dos serviços destinados a promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva. A construção do SUS é norteada por alguns princípios doutrinários, quais sejam: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde. A *universalidade* implica o direito ao atendimento; a *equidade* parte da premissa de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades, permitindo a diminuição das desigualdades existentes; a *integralidade* implica que todas as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde formem um todo indivisível, que não pode ser compartimentalizado. As unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, devendo configurar um sistema capaz de prestar assistência integral⁶.

Simultaneamente, a organização do SUS é regida por cinco princípios, sendo eles: a regionalização e a hierarquização, a resolutividade, a descentralização, a complementariedade e a participação dos cidadãos. A *regionalização* e a *hierarquização* implicam que a rede de serviços do SUS deva ser organizada de forma que todas as regiões contem com serviços de saúde de diferentes níveis de atenção que se articulem a partir da sua hierarquização, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde em uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de

complexidade; a *resolutividade* é definida como a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível exigido pela sua complexidade; a *descentralização* representa a redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, chegando até o nível municipal; a *participação dos cidadãos* ou *controle social*, que implica a garantia constitucional de que a população, através de entidades representativas, deverá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local e, por fim, a *complementariedade* do setor privado está prevista quando há a necessidade de contratação de serviços privados para a complementação dos serviços públicos^{6,16}. Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 1990 através das Leis nº 8.080 e nº 8.142. Esta lei definia o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento^{17,18}. Esse processo de universalização do direito a saúde deu à sociedade a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação.

Ao longo desses vinte e três anos, o SUS apresenta números imponentes, dignos do maior projeto público de inclusão social no Brasil¹⁹. Conforme dados do Ministério da Saúde (MS) são realizados, em média, por ano, 12 milhões de internações, 1,4 bilhão de procedimentos ambulatoriais, 44 milhões de consultas especializadas e 250 milhões de consultas básicas por uma enorme rede, composta de mais de 5,8 mil hospitais, 60 mil unidades ambulatoriais e 500 mil leitos²⁰. No entanto, o SUS sofre dificuldades associadas à insuficiência de recursos financeiros e materiais e à disparidade de salários e cargos, principalmente devido aos vetos

presidenciais em diversos artigos, especialmente no que se referia aos mecanismos de transferência de recursos financeiros¹⁰, além dos problemas relacionados à precariedade das relações de trabalho e falhas no modelo de gestão descentralizada. Essa realidade caracteriza uma tensão interna do sistema, que é vivenciada pelos profissionais de saúde, gerando a construção de uma forma particular de visualizar e de enfrentar tais dificuldades.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foram apresentados os modelos assistenciais em saúde empregados no decorrer da construção histórica do país na área da saúde, abordando desde o final do século XIX, época em que o país ainda não apresentava uma sistemática sobre a saúde da população, passando pelo sanitarismo campanhista (início do século até 1965), modelo médico-assistencial privatista, até chegar ao modelo hoje vigente (SUS).

Como pode-se observar, esses modelos foram concebidos inicialmente para atuar em clientela específica, no entanto, no decorrer da evolução da assistência à saúde, diversas reformulações e implementações foram geradas com o objetivo de reduzir a parcela de usuários excluídos.

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde, com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia-se quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, deixando evidente a disparidade no atendimento a população. Podemos observar que a partir de 1988, com o processo de reestruturação do sistema de saúde vigente na época através da implantação do SUS, vem se buscando a universalização, equidade e integralidade dos serviços de saúde a população. Assim, decorridos apenas 23 anos da criação do SUS, este

ainda apresenta algumas carências, não refletindo os reais princípios da Constituição de 1988 na realidade da população. Além disso, é de se reconhecer que durante esses anos o SUS proporcionou a melhoria da cobertura do sistema, principalmente na atenção primária e terciária, no entanto, algumas áreas ainda apresentam grandes deficiências como a de gestão e a da qualidade dos serviços prestados, além dos problemas relacionados ao setor privado.

Assim, cabe ressaltar que a análise histórica dos modelos que constituíram a evolução da assistência em saúde pública no Brasil são indispensáveis para a construção de uma saúde pública de maior eficácia e qualidade. Este trabalho buscou proporcionar uma maior percepção do processo histórico da construção dos sistemas assistências em saúde no país, com o objetivo de demonstrar a importância do contexto político-social e econômico na construção e reorganização dos sistemas assistenciais em saúde, além de, estimular a obtenção do entendimento e a compreensão deste processo, proporcionando assim, uma nova forma de pensar e fazer a assistência à saúde.

4. REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Modelos assistenciais: Reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminário/modelo.htm>. Acessado em: 10 de junho de 2011.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.
4. Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf. Acessado em Junho de 2011.
5. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, in MENDES, E.V.(org.);26 Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Ed. Hucitec, São Paulo, 1994.
6. De Andrade LOM, Pontes RJS, Junior TM. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2000;8(1).
7. Luz MT. Medicina e ordem política brasileira. Graal, Rio de Janeiro. 1982:218

8. Nicz LF. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira; 1988. Pp.163-197.
9. Possas CA. Saúde e trabalho – a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal; 1981, 324 p.
10. Mansur MC. O Financiamento Federal da Saúde no Brasil: Tendências na década de 1990. Rio de Janeiro; 2001.
11. Yida M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo, Editora da UNESP, 1994.
12. Silva KP. A Cidade, Uma Região, O Sistema de Saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas - SP. Campinas: Área de Publicações CMU/UNICAMP; 1996. (Coleção Campiniana).
13. Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. São Paulo, Cortez Editora; 1996.
14. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Ciênc. saúde coletiva. 2000;5(2):293-312.
15. Anos de Incerteza (1930 - 1937). Institutos de Aposentadoria e Pensões. Fundação Getulio Vargas. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>. Acessado em: 23 de abril de 2011.

16. De Oliveira DC, De Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):197-206.

17. Brasi. Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>. Acessado em 10 de junho de 2011.

18. Brasil. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembbro de 1990. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>. Acessado em 10 de junho de 2011.

19. Santos NR. Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações. Disponível em: [http://www.cebes.org.br/anexos/Encruzilhada%20nos%20Rumos%20do%20SUS_considera%C3%A7%C3%B5es\(vers%C3%A3o%20fevereiro%202008\).pdf](http://www.cebes.org.br/anexos/Encruzilhada%20nos%20Rumos%20do%20SUS_considera%C3%A7%C3%B5es(vers%C3%A3o%20fevereiro%202008).pdf). Acessado em 02 de maio de 2011.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acessado em 13 de junho de 2011.

5. ANEXO

5.1 ANEXO A - Normas para submissão do Artigo

O artigo de revisão será submetido para a Revista Panamericana de Salud Pública, de acordo com as seguintes normas:

General information

A. Objectives and Readership

The Pan American Health Organization (PAHO) is an international agency that specializes in public health. It is made up of 35 Member States, three Participating States, one Associate Member, and two Observer States. Its secretariat, the Pan American Sanitary Bureau (PASB), is also the Regional Office for the Americas of the World Health Organization (WHO).

The *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH)* is a multilingual (English, Spanish, Portuguese) publication that in 1997 replaced the *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* and the *Bulletin of the Pan American Health Organization*. Like its predecessors, the *RPSP/PAJPH* offers researchers in the Region of the Americas a scientifically validated, peer-reviewed outlet for public health research findings. It also catalogs the conceptual, social, and political trends indicating the general direction of public health in the countries of the Americas and conveys the decisions and initiatives of PAHO relating to its fundamental purposes: to promote and coordinate the efforts of the countries of the Americas directed toward improving health, fighting disease, prolonging life, and stimulating people's physical, mental, and social development. In addition, the *RPSP/PAJPH* distributes information on the public health activities carried out in PAHO's Member States with the cooperation of the PAHO technical programs.

The *RPSP/PAJPH* is indexed in *Current Contents/Social & Behavioral Sciences*, *Social Sciences Citation Index*, *Index Medicus/MEDLINE/PubMed*, *EMBASE/Excerpta Medica*, *DIALOG*, *LILACS*, *SciELO Salud Pública*, and many other bibliographic databases as *Rev Panam Salud Publica*. Some 7 000 copies per month are distributed to health science professionals, technicians, researchers, professors, and students, both in the Americas and other parts of the world. It is also available in the leading biomedical libraries. The *RPSP/PAJPH* also has its own interactive website (<http://journal.paho.org/>), where its full contents are available for downloading free of cost. The journal's full contents can also be accessed electronically through *SciELO Salud Pública* (<http://www.scielosp.org>) at no cost, and through *Ingenta* (www.ingentaselect.com) at a cost that will depend on the user's country of residence.

B. Contents of the RPSP/PAJPH

The *RPSP/PAJPH* contains materials related to public health in the Region that reflect PAHO's main programmatic areas: health and human development, health promotion and protection, development of health systems and services, environmental health, and prevention and

control of diseases. This content is divided into the following sections:

1. Editoriales/Editorials. They deal with the journal itself, specific articles within the journal, or public health issues. Editorials reflect the personal opinions of the individual writing them, who may be an editorial staff member or an independent author. They should always bear the author's signature.

2. Reflexiones del Director/From the Director. Written by the Director of PAHO, this section is published from time to time to communicate the policy and strategic direction of the Organization and the public health priorities in the Region of the Americas.

3. Artículos/Articles. These are original research reports, literature reviews, or special reports on subjects of interest to the Region. Papers presented at meetings and conferences do not necessarily qualify as scientific articles. Studies of clinical cases and anecdotal accounts of specific interventions are not accepted. In general, articles intended for publication as a series on various aspects of a single study are not acceptable either. In general, pieces that have been published previously, in print or electronically (e.g., the Internet), in the same or similar format, will not be accepted. Any instance of such prior publication must be disclosed when the manuscript is submitted, and authors must provide a copy of the published document.

On occasion, short communications are published that convey innovative or promising techniques or methodologies or preliminary results of special interest.

4. Opinión y análisis/Opinion and Analysis. In this section individual authors present their reflections and opinions on topics of interest in the sphere of public health.

5. Temas de actualidad/Current Topics. This section includes descriptions of national and regional health initiatives, projects, and interventions, and of current epidemiological trends, especially relating to diseases and health problems of major importance. Unlike articles, current topics pieces do not reflect original research. However, the same rules concerning prior publication of articles also apply with current topics pieces.

6. Instantáneas (in Spanish only). This section has summaries of the results of studies recently published in prominent English-language journals, as well as press releases from the WHO and other major international public health organizations.

7. Publicaciones/Publications. This section offers brief summaries of current publications dealing with various aspects of public health. Readers are invited to submit reviews of books on subjects within their area of expertise, with the understanding that the reviews will be edited. Each book review should be no more than 1 500 words in length and should describe the book's contents objectively, while approaching the following essential points: the book's contribution to a specific discipline (if possible, as compared to other books of its kind); the quality of the paper, type, illustrations and general format; the kind of narrative style; and whether it makes for easy or difficult reading. The author's professional background and the type of reader the book

is addressed to should also be briefly described.

8. Cartas/Letters. Letters to the editor that clarify, discuss, or comment in a constructive manner on ideas expressed in the *RPSP/PAJPH* are welcomed. Letters should be signed by the author and specify his or her professional affiliation and mailing address.

Guidelines for manuscript submission

The Pan American Health Organization holds the copyright to material published in the *RPSP/PAJPH*. Manuscripts are accepted with the understanding that they are original works that have not been published, (in print or electronically, e. g., Internet), or submitted for publication elsewhere, in part or in whole, and that in the future they will not be published or submitted elsewhere without the express authorization of PAHO. Any instance of prior publication in print or electronic format (e.g., the Internet), in the same or similar form, must be disclosed at the time the manuscript is submitted. Authors must provide a copy of the published document.

A. General Criteria for Manuscript Acceptance

The selection of material for publication is based on the following criteria: suitability of the subject for the journal and the importance of the subject matter for the Organization and the Member States; scientific soundness, originality, currency, and timeliness of the information; applicability beyond its place of origin and across the Region; compliance with the standards of medical ethics governing experimentation with human and animal subjects; respect for the Member States and the peoples they represent; a balance of topics and geographic origin of the information; and coherence of the design (a logical statement of the problem and a plan to achieve the objective of the study). Original research should follow the "IMRAD" format (Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion) (see Section II.I). Shortcomings in this regard invalidate all the information and are grounds for rejecting the manuscript. Acceptance or rejection of a manuscript is based on the objective selection process described in Section II.P.

The authors alone are responsible for the views expressed, which may not necessarily reflect the opinion or policy of PAHO or its Member States. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by PAHO in preference to other ones of a similar nature.

B. Specifications

In general, the *RPSP/PAJPH* follows the "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: Writing and editing for biomedical publication" (revision of November, 2003), developed by the International Committee of Medical Journal Editors. These guidelines are also known as the "Vancouver Style" (see the Bibliography).

The following paragraphs give practical instructions and illustrative examples to prepare a manuscript.

C. Submitting the Manuscript

Manuscripts should be prepared using *Microsoft Word* (or *Excel*, *Power Point*, or

other graphics software for the illustrations) and submitted through Manuscript Central™ (ScholarOne, Inc.), which is the online manuscript submission and peer review system employed by the *RPSP/PAJPH*. The site may be accessed via a link provided on the *RPSP/PAJPH*'s webpage (<http://journal.paho.org/>), or directly through Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/rpsp>

Authors who have difficulty using Manuscript Central should phone our office at 202-974-3046 or, if they speak English, contact Manuscript Central's help line at 1-434-817-2040, extension 167 for calls within the United States and at 011-434-817-2040 for international calls.

Authors will be notified by e-mail that their manuscript has been received. Authors can view the status of their manuscripts at any time by entering Manuscript Central's "Author Center".

D. Language

The *RPSP/PAJPH* publishes articles in English, Spanish, and Portuguese, but manuscripts are accepted in any of the official languages of PAHO (English, French, Portuguese, and Spanish). *Authors should write in their native language, since the inadequate command of a foreign language blurs the meaning of the text and is at odds with scientific precision.* The *RPSP/PAJPH* reserves the right to publish the text in a language different from the original and will publish original research articles in only one language.

The titles of references should never be translated. Authors should also refrain from translating the names of institutions unless an official translation exists.

E. Copyright

When an article is submitted through Manuscript Central, the submitting author is required to acknowledge a statement specifying that the text, or a similar one, has not been published before in print or electronically and that it will not be submitted to any other journal before the *RPSP/PAJPH* reaches a decision. Any instance of prior publication in any form must be disclosed at the time the manuscript is submitted. Submitting authors must also acknowledge a statement indicating that if the manuscript is accepted for publication in the *RPSP/PAJPH*, the copyright will be held by PAHO.

Authors are requested to give full information about any grant or subsidy received from a commercial entity, other private group, or WHO, PAHO, or other agency to cover the costs of the work on which the article is based.

Authors are responsible for obtaining permission to reproduce any copyrighted material. The manuscript must be accompanied by the original letter granting such permission. This letter should specify the exact table, figure, or text being cited and how it is being used, together with a complete bibliographic reference to the original source (see Section II.K).

F. Length and Form

The entire manuscript, without including tables, figures, and references, must not exceed 15 to 20 double-spaced pages in *Microsoft Word* using 12-pt. characters in Times New Roman or Arial script. All margins should measure one inch (2,4 cm).

Manuscripts not complying with the specifications outlined above will not be accepted. To be certain they are following the standard format of the *RPSP/PAJPH*,

authors should both read all the materials in these Guidelines and also review one or two current issues of the journal before submitting their manuscripts for consideration. In the case of papers translated in their entirety or containing translations of quoted material, a copy of that text in the original language must be attached.

After peer-review (and possible revision), articles will additionally undergo an editorial process that may include, as needed, condensation of the text and deletion or addition of tables, figures, or annexes. The edited version will be sent to the author for approval and for responses to any additional queries from the editor (see below: II.P and II.Q). The journal may refuse to publish any manuscript whose authors fails to answer editorial queries satisfactorily.

G. Title and Authors

The title should be limited to 10 words, if possible, and should not exceed 15. It should describe the article's contents specifically, clearly, and concisely. Ambiguous words, jargon, and abbreviations should be avoided. A good title makes it easy to grasp what the article is about and helps documentation centers accurately catalog and classify the material.

The online manuscript submission system will register the first and last name, institution, and contact information of every author when a manuscript is submitted. All this information should be omitted from the submitted text entirely in order to safeguard the confidentiality of peer review.

Only those who participated directly in the research or the drafting of the article, and are therefore in a position to assume public responsibility for its contents, may be listed as authors. Inclusion of other persons as authors, out of friendship, acknowledgment, or other nonscientific motivation, is a breach of ethics. For these reasons, an article should have a maximum of eight individual authors. The standards for authorship are extensively explained in the documentation on the Vancouver Style (see Bibliography).

H. Abstract

Every original research article or systematic review must be accompanied by a structured abstract of around 250 words that is divided into the following sections: (a) Objectives, (b) Methods, (c) Results, and (d) Conclusions. Authors should refrain from translating their Portuguese and Spanish abstracts into English, since this is done in our editorial office. Special reports, opinion papers, and "Current Topics" pieces must be accompanied by an unstructured abstract.

The abstract should not include any information or conclusions that do not appear in the text. It should be written in the third person and should not contain abbreviations, footnotes, references to the main text, or bibliographic citations.

The abstract must enable readers to determine the relevance of the article and decide whether or not they are interested in reading the entire text. In fact, the abstract is the only part of the article, besides the title, that appears in such bibliographic information systems as *Index Medicus*.

Short Communications and Current Topics. These pieces should have an abstract that is a maximum of 150 words.

I. Body of the Article

Articles that report on research or studies are usually organized according to the "IMRAD" format: Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion. Updates or literature reviews and special reports may require other types of headings, depending on their content.

Short Communications. In the case of short communications the usual IMRAD subdivision headings are omitted, but their sequence is followed within the text.

J. Footnotes

These clarifications are numbered consecutively and appear in a smaller type size at the bottom of the page on which they are cited. They are used to give the authors' affiliation (institution and department) and address, as well as some unpublished sources of information (see Section II.K.4). They are also used to make clarifications and give marginal explanations that would interrupt the natural flow of the text. Their use should be kept to a minimum.

K. Bibliographic References

Citations are essential to identify the original sources of concepts, methods, and techniques referred to in the text and that come from earlier research, studies, and experiences; to support facts and opinions stated by the author; and to provide the reader with the bibliographic information needed to consult the primary sources.

Research and Review Articles. For a scientific article, the *RPSP/PAJPH* requires a minimum of 20 bibliographic references that are both relevant and current. Review articles will generally cite more sources.

Short Communications. These pieces will have a maximum of 15 references.

Citation of References. The *RPSP/PAJPH* uses the "Vancouver Style" for references, according to which all the references should be cited in the text with consecutive numbers, between parentheses, in the following way:

"It has been observed (3, 4) that..."

Or: "Several authors (1-5) have said that..."

The list of references must be numbered consecutively in the order in which the citations appear in the text. The list of references or bibliography should begin on a separate sheet, at the end of the manuscript, and the format must follow the instructions given below.

1. Journal Articles. The following information must be provided: author(s), article title (original, not translated), abbreviated journal title (as it appears in Index Medicus/PubMed), year of publication, volume number (in Arabic numerals), issue number, and beginning and ending page numbers. All this information should be given in the original language of the work cited. The examples below illustrate the "Vancouver Style" of reference construction and punctuation.

a. Individual authors: The surnames and initials of the first six authors should be included; when there are more than six authors, "et al." should follow. Author information should be written using capital and lower case letters, not all capitals (for example, write Ramos AG, not RAMOS AG).

Kerschner H, Pegues JA M. Productive aging: a quality of life agenda. *J Am Diet Assoc.* 1998;98(12):1445-8.

Silveira T R, da Fonseca JC, Rivera L, Fay OH, Tapia R, Santos JI, et al. Hepatitis

B seroprevalence in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;6(6):378-83.

b. Article published in several parts:

Lessa I. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio na cidade do Salvador: II, fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arq Bras Cardiol*. 1985;44:255-60.

c. Corporate author: If the corporate author is composed of several elements, they should be given in descending order, from largest to smallest. In the case of unsigned articles in journals published by governmental or international organizations, the organization is regarded as the author.

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ*. 1993;27(3):287-95.

Organisation Mondiale de la Santé, Groupe de Travail. Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase. *Bull World Health Organ*. 1990;68(1):13-24.

d. Unsigned article in regular section of a journal:

World Health Organization. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ*. 1992;70(1):17-22.

e. Special types of articles and other materials: Indicate type or format of the work in square brackets.

Brandling-Bennett AD, Penheiro F. Infectious diseases in Latin America and the Caribbean: are they really emerging and increasing? [editorial]. *Emerg Infect Dis*. 1996;2(1):59-61.

f. Volume with supplement:

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect*. 1994;102(suppl 1):275-82.

g. Issue with supplement:

Barreiro C. Situación de los servicios de genética médica en Argentina. *Brazil J Genet*. 1997;20(1 suppl):5-10.

2. Books and Other Monographs. The entry should include the surnames and initials of all the authors (or editors, compilers, etc.), or the full name of an institution, followed by: the title, the edition number, the place of publication, the publisher, and the year of publication. When appropriate, notations may be included indicating the volume and pages consulted, and the series name and publication number.

a. Individual author:

Pastor Jimeno JC. Anestesia en oftalmología. Barcelona: Ediciones Doyma; 1990.

b. Citing the edition:

Day RA. How to write and publish a scientific paper. 3rd ed. Phoenix, Arizona: Oryx Press; 1988.

c. Corporate author that is also the publisher:

World Health Organization. The SI for the health professions. Geneva: WHO; 1977.

d. Chapter in a book:

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading

microorganisms. In: Sodeman WA Jr., Sodeman WA, eds. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders; 1974. Pp. 457-72.

e. Citing the number of volumes or the specific volume:

Pan American Health Organization. Health conditions in the Americas. 1990 ed. Washington, D.C.: PAHO; 1990. (Scientific Publication 524; 2 vol).

Pan American Health Organization. Volume II: Health conditions in the Americas. 1990 ed. Washington, D.C.: PAHO; 1990. (Scientific Publication 524).

f. Volume with a title:

Kessler RM, Freeman MP. Ischemic cerebrovascular disease. In: Partain CL, Price RR, Patton JA. Magnetic resonance imaging. 2nd ed. Vol. 1: Clinical principles. Philadelphia: Saunders; 1988. Pp. 197-210.

g. Published proceedings of meetings, conferences, symposia, etc:

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology. Houston: International Society for Experimental Hematology; 1974. Pp. 44-6.

h. Unsigned reports and documents: Information should be given only on written reports that readers can obtain. It is important to indicate the exact name of the organization responsible for the document, the full title, place and year of publication, and document number. If possible, the source of the document should be provided. For example:

World Health Organization. Case management of acute respiratory infections in children in developing countries. Geneva; 1985. (WHO/RSD/85.15)

3. Other Published Materials.

Generally speaking, when citing other materials, the standards for a book should be followed, that is, specifying: individual or corporate author, title, generic name for the type of material, the place of publication or issue, and the date of publication. For information in an electronic format, the computer system requirements should also be described.

a. Newspaper articles:

Torry S, Schwartz J. Contraceptive tobacco executives admit health risks before Congress. The Washington Post 1998. January 30:A14 (col. 1).

b. Internet and other electronic media:

Internet sites:

Pritzker TJ. An early fragment from Central Nepal [Internet site]. Ingress Communications. Available from: [http:// www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html](http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html). Accessed 8 June 1995.

4. Unpublished Materials and Abstracts. The following should not be included as references: abstracts of articles, articles submitted for publication but not yet accepted and unpublished works that are not easily available to the public. Articles that are unpublished but have been accepted for publication are an exception to this rule, as are those documents that, while still unpublished, can be easily found. Included in this category are theses, and some discussion papers from international agencies.

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [PhD dissertation]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Estrategia global, metas y líneas de acción de la cooperación técnica sobre mujer, salud y desarrollo 1992-1993 [photocopy]. Washington, D.C., February 1991.

If it is absolutely necessary to cite unpublished sources that are hard to obtain, they may be mentioned in the text inside parentheses or in a footnote. The citation in the text is treated in the following manner: It has been observed¹ that...

with the corresponding footnote at the bottom of the page:

¹ Llanos-Cuentas EA, Campos M. Identification and quantification of risk factors associated with New World cutaneous leishmaniasis. [Workshop presentation]. At: International Workshop on Control Strategies for Leishmaniasis, Ottawa, 1-4 June, 1987.

¹ Herrick JB [and others]. [Letter to Frank R Morton, Secretary, Chicago Medical Society]. Herrick papers. [1923]. Located at: University of Chicago Special Collections, Chicago, Illinois.

If an article has been accepted for publication and is awaiting publication, the reference should appear as follows:

Wood E, de Licastro SA, Casabé N, Picollo MI, Alzogaray R, Zerba E. Beta-cypermethrin-impregnated fabrics: a new tactic for *Triatoma infestans* control. Rev Panam Salud Publica. Forthcoming 1999.

5. Papers Presented at Conferences, Congresses, Symposia, etc. Unpublished papers that have been presented at conferences should be referenced as footnotes within the text. Only those conference papers that have been published in full (not just as abstracts) in official proceedings should be included in the list of references:

Harley NH. Comparing radon daughter dosimetric and risk models. In: Gammage RB, Kaye SV, eds. Indoor air and human health: proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium; 1984 Oct 29-31; Knoxville, Tennessee. Chelsea, Michigan: Lewis; 1985. Pp. 69-78.

World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care; 1978 Sept; Alma-Ata, Kazakhstan, former U.S.S.R. Geneva: WHO; 1979.

Unpublished conference papers should be given as footnotes to the main body of the article.

6. Personal Communications. These should be included only if they provide essential information that is not available from a public source. Reference to a personal communication should be given inside parentheses in the body of the text—not in a footnote—in the following way:

Dr. D.A. Little, of the Ecology Center of New York, (personal communication, 2 August 1991) has pointed out that...

Without exception, obtain from the source written verification of the accuracy of the communication.

L. Tables

Tables present information—usually numerical—in an ordered, systematic arrangement of values in rows and columns. The presentation should be easy for the reader to grasp. The data should be self-explanatory and should supplement, not duplicate, the information in the text. Tables with too much statistical information are confusing and hard to understand.

Each table should have a brief but complete title so that the reader can easily determine what the table covers. The place, date, and source of the information should also be indicated clearly. The column heads should be as brief as possible

and indicate the unit of measure or the relative base (percentage, rate, index), if any. If information is missing because no observations were made, this should be indicated by ellipsis points (. . .). If the data do not apply, the cell should be marked "NA" (not applicable). If you use either or both of these devices, please indicate their meaning with a footnote to the table. Vertical rules (lines) should not be used in tables. There should only be three horizontal rules: one under the title, a second under the column heads, and a third at the end of the table, above any footnotes. Footnotes to a table should be indicated with superscript lowercase letters, in alphabetical order, in this way ^a, ^b, ^c, etc. The superscript letters in the body of the table should be in sequence from top to bottom and left to right. Prospective authors should consult a current sample issue of the *RPSP/PAJPH* to make certain that their tables follow the journal's standard format.

Short Communications. These pieces should have a maximum of two tables or figures.

M. Figures

Figures (i.e., graphs, diagrams, line drawings, maps, and photographs) should be sent in their original format (such as Excel or Power Point). They should be used to highlight trends and to illustrate comparisons clearly and exactly. Figures should be easy to understand and should add information, not repeat what has been stated in the text. Captions should be as brief as possible but also clear and precise. Figures should not have footnotes. If the figure is taken from another publication, the source must be identified and permission to reproduce it must be obtained in writing from the copyright holder of the original publication. The legend of a graph or map should be included as part of the figure itself if there is sufficient space. If not, it should be included in the figure's title. Maps and diagrams should have a scale in SI units (see Section II.O).

Having too many tables and/or figures is expensive, reduces the desired effect, and takes up much space. Therefore, these materials should be chosen carefully. Information should not be duplicated in tables and figures.

N. Abbreviations

As much as possible, abbreviations should be avoided. The first time an abbreviation or acronym is mentioned in the text, the full term should be given, followed by the abbreviation or acronym in parentheses, as with: Expanded Program on Immunization (EPI).

In general, abbreviations should reflect the expanded form in the same language as that of the manuscript. Exceptions to this rule include abbreviations of agencies known internationally in another language (e.g., CELADE, ILPES, ISO) or such internationally recognized abbreviations as SI (Système international units of measure). (See also Section II.O.)

O. Units of Measure

Authors must use the International System of Units (SI), which is based on the metric system ([see "Bibliography"](#)).

It should be noted that in this system the abbreviations of units are not pluralized (for example, use 5 km, not 5 kms), nor are they followed by a period (write 10 mL, not 10mL.) except at the end of a sentence. Numbers should be grouped in sets of three to the left and to the right of the decimal point, with each set separated by a

blank space.

Correct style:

12 500 350 (twelve million five hundred thousand three hundred fifty)

1 900.05 (one thousand nine hundred and five hundredths)

Incorrect style:

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05

P. Selection Process

The manuscript received undergo a selection process through peer review by experts on the subject in question. In a first review, the editorial staff of the *RPSP/PAJPH* determine whether or not the manuscript meets the general criteria for manuscripts described earlier (see Section II.A).

A *second review* considers the scientific merit of the document and the usefulness of its publication; the appraisal is performed by a panel of subject experts who review the manuscript independently. Every manuscript is sent to three reviewers.

In a *third review*, based on the results of the evaluation of general criteria, scientific merit, usefulness of its publication, and the opinion of the peer reviewers, a decision is made to: (a) reject the manuscript, (b) accept in with the condition that the author revise it according to the comments and recommendations of the reviewers, or (c) accept it definitely.

In the case of a conditional acceptance, the revised text undergoes a *fourth review* to make certain that the author has responded to the reviewers' concerns. If the problems have been dealt with and resolved, the article is then accepted; if not, it is rejected.

When a manuscript is accepted conditionally, the author must send back with the revised manuscript a detailed explanation of the changes that have been made to address the peer reviewers' recommendations. When disagreeing with some of those suggestions, the author should give a detailed justification of the reasons.

All decisions are communicated in writing to the author as quickly as possible. The time needed to process a manuscript varies depending on the complexity of the subject and the availability of expert reviewers.

Q. Editing and Publication of the Accepted Article

Manuscripts are accepted with the understanding that the publisher reserves the right to make revisions necessary for consistency, clarity, and conformity with the style of the *RPSP/PAJPH*. Manuscripts accepted for publication will be edited and then sent to the corresponding author to respond to the editor's queries and to approve any corrections. If during this stage the author does not satisfactorily respond to the editor's queries, the journal reserves the right to not publish the manuscript. Authors will not receive galleys of the article. To avoid delay in the publication of the corresponding issue, authors are urged to return the edited manuscript, with their approval, by the date indicated in the accompanying message.

R. Author's CopiesAs soon as the article is published, 10 copies of the journal issue in which the article appears will be sent to the corresponding author.