

# DESAFIOS PARA A CONCRETIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS EM NÍVEL LOCAL

## CHALLENGES TO THE CONSOLIDATION OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM PRINCIPLES AND GUIDELINES AT THE LOCAL LEVEL

**Betine Pinto Moehlecke Iser**

Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde Coletiva

### **Correspondência**

Rua Coronel Corte Real, 913/104, Porto Alegre, RS - Brasil.

e-mail: beodonto@yahoo.com.br

### **RESUMO**

O sistema de saúde do Brasil foi o resultado de um processo de reformas ao longo do século XX. O desenvolvimento das políticas de saúde do Brasil esteve sempre atrelado aos interesses econômicos, sendo essa influência facilmente percebida. Este ensaio discute o processo histórico de criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando em suas raízes as dificuldades existentes até hoje. Reflete sobre os desafios da aplicação dos seus princípios e diretrizes na prática dos serviços de saúde de atenção primária, avaliando como o sistema foi preconizado e como ocorre no cotidiano dos serviços. O SUS foi concebido para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, de qualidade, eficiente, eficaz, resolutivo e democrático. Ocorre que, na prática, seus princípios e diretrizes muitas vezes se contrapõe. Os desafios para sua verdadeira implementação passam pela necessidade de maiores investimentos em saúde, e no esforço contínuo dos profissionais de saúde, gestores e sociedade. O Sistema como foi idealizado permanece em construção. Faz-se necessário criar mecanismos para que a sua concepção teórica e legal se concretize na prática, especialmente no nível local.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Sistema de saúde. SUS. Atenção primária à saúde.

### **ABSTRACT**

The health system in Brazil was a result of a process of reforms during the Twentieth Century. The development of health policies in Brazil has always been linked to economic interests. This article discusses the historical process of the creation and the consolidation of the Brazilian Unified Health System (SUS) by analyzing its major difficulties since the beginning up to today. It is a reflection on challenges to implement the principles and guidelines in the practice of health services in primary care, analyzing how it was recommended and how it happens in daily practice. The Brazilian Unified Health System was created to be a health system for all Brazilian people, with good quality, efficient and democratic. But its principles and guidelines sometimes are opposed. The system as it was planned remains under construction. It is necessary to create mechanisms to ensure that the legal and theoretical design will be realized in practice, especially at the local level.

### **KEY WORDS**

Health system. Primary health care. Public health.

## INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do Brasil, embora regulamentado nos anos 90, foi o resultado de um processo de reformas ocorrido ao longo de todo o século XX. Ainda assim, não se pode dizer que, mesmo iniciando-se um novo século, tem-se um sistema bem estruturado que consiga responder às demandas que existem desde aquela época. Como um grande projeto de transformação, ainda há um longo caminho a ser percorrido em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, considerado, em sua proposta, um dos mais avançados no mundo.

A aprovação do SUS, em 1988, pela nova Constituição Federal, passa a garantir a qualquer cidadão em território nacional, o direito a ser atendido pela rede de serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988). A forma de acesso está baseada nos princípios vigentes nesta constituição, que são a universalidade, a equidade, a integralidade das ações, a descentralização e o controle social (BRASIL, 1990a).

No modelo anterior, havia uma visão centrada na doença e que privilegiava uma medicina de alto custo, com características claramente excludentes. A criação do SUS é um marco na reorientação das ações em saúde. A organização dos serviços deixa de ser centralizada e sem controle para ter a participação popular e para ser municipalizada, sendo que o município deve gastar no mínimo 15% da sua receita com a saúde da população (BRASIL, 2003). Além disso, ao invés de focar exclusivamente a doença, esse novo modelo tem a responsabilidade de intervir na saúde em seus diferentes determinantes, quais sejam: a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

No processo de construção histórica do SUS esteve muito presente a característica econômica vigente, ou seja, o desenvolvimento das políticas de saúde do Brasil se confunde com a própria história do país. Assim, para analisar o SUS que temos hoje se faz necessária a retomada da trajetória política-econômica que criou embates ainda perceptíveis no cotidiano dos serviços.

O presente ensaio busca analisar criticamente o funcionamento do Sistema Único de Saúde em nível

local, a partir de seus princípios e diretrizes, a fim de estabelecer o que ainda precisa ser feito para que se alcance seus reais objetivos. Para isso, será considerado o processo histórico de construção do SUS, seus princípios defendidos na Constituição e como está sua implantação nos dias atuais.

## A SAÚDE BRASILEIRA NO SÉCULO XX

No início do século, a assistência médica era privilégio de quem pudesse pagar, restando aos pobres e 'indigentes' a 'ajuda' de benzedeadas e a caridade da Igreja. Com a percepção de que as doenças estavam nos ambientes e poderiam afastar os estrangeiros imigrantes e importadores do café, o receio de perder mercado gerou a preocupação quanto aos espaços de circulação de pessoas e mercadorias, dando origem às campanhas de vacinação em massa, isolamento de doentes infectados e saneamento ambiental, no que foi denominado Sanitarismo Campanhista (MENDES, 1993). Entretanto, as doenças alvo das ações em saúde não obedeciam aos padrões de morbimortalidade da população, mas a critérios de ordem econômica, pela necessidade de controlar o quadro sanitário nos centros exportadores (CAMPOS, 1991), por meio da higienização das cidades.

Com o processo de industrialização, a manutenção da capacidade produtiva e o controle sobre a força de trabalho passaram a ser o foco da atenção à saúde, por meio da assistência médica individual oferecida pela Previdência Social. Ao mesmo tempo, as atividades sanitárias foram aos poucos deixadas de lado, pois segundo a teoria desenvolvimentista, só o crescimento econômico poderia melhorar as condições de saúde da população. Aumentou, assim, a dicotomia entre a saúde pública e a assistência médica individual, esta última cada vez mais favorecendo uma minoria da população, por intermédio de uma prática médica curativa, privada, de alta tecnologia e de alto custo (ABRANTES PEGO; ALMEIDA 2001).

No final da década de 70, a abertura política pós-ditadura permitiu manifestações de descontentamento por parte de lideranças sociais, populares e de trabalhadores, resultando no Movimento da Reforma Sanitária, o qual buscava a reformulação do sistema de saúde e seus mecanismos de gestão aliada à demo-

cratização da própria sociedade (FEUERWERKER, 2005). Sua principal proposta era a criação de um sistema único e universal que pudesse aliar a assistência médica curativa individual, até então sob responsabilidade da Previdência Social, às ações preventivas e coletivas realizadas pelo Ministério da Saúde. Tais preceitos foram corroborados em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com uma maciça participação popular e cujo lema foi: “Saúde, direito de todos, dever do Estado”. Esse foi o marco para a consolidação do SUS.

## A IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Embora aprovado na Constituição e referendado pelos movimentos sociais da década de 70 e por todas as conferências de saúde seguintes, a real implementação do SUS enfrentou, e ainda enfrenta, resistências e conflitos de interesses (ABRANTES PEGO; ALMEIDA, 2001).

O desafio que está posto é como deveria ser e como realmente é o SUS. Como proposto, o SUS é um sistema por ser formado por várias instituições, dos três níveis de governo, e pelo setor privado conveniado, que interagem para um fim comum (BRASIL, 2001); único, por ter a mesma filosofia de atuação e a mesma organização em todo o território (NETO, 1994); de saúde porque, através de suas diretrizes e princípios, pretende promover a saúde da população em seu sentido mais amplo, incluindo o acesso aos bens e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990 a).

Na sua concepção, portanto, o SUS não foi criado para servir como sistema de saúde para pobres e indigentes, mas sim para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, de qualidade, eficiente, eficaz, resolutivo e democrático (RONCALLI et al., 1999), justamente para romper com a lógica da assistência à saúde somente para parcelas da população. Com o

SUS, o acesso aos serviços de saúde deixou de ser privilégio do segurado, sendo estendido a qualquer cidadão, independente de sua condição de contribuinte da Previdência Social. O primeiro momento de inserção deste se deve, respeitando o princípio da equidade, localizar-se em áreas onde há um acúmulo de necessidades. Mas o modelo desejável é universal, onde sua conquista como direito de todos vai depender da conscientização e mobilização de toda a sociedade na busca da ampliação do acesso aos serviços de saúde.

## A VIVÊNCIA DO SUS

Com base no processo de consolidação do SUS, nesta seção serão analisados seus princípios doutrinários – que visam garantir o direito à saúde - e organizativos – que visam estruturar a sua operacionalização na prática - pela lógica de seu atual funcionamento no nível local e na atenção primária à saúde<sup>1</sup> (STARFIELD, 2002).

A universalidade pressupõe o acesso a todos, sem distinção de sexo, raça, cor, ocupação ou características sociais. Entretanto, a forma de organização dos serviços primários de saúde, a maioria deles com horário de funcionamento comercial, dá continuidade a um sistema excludente, não permitindo o acesso das pessoas que não têm comprovante de residência, ou que trabalham do início da manhã até a noite para sustentar a família, por exemplo.

Em algumas situações, o princípio da equidade compromete a universalidade. Os serviços de atenção básica estão localizados prioritariamente na periferia das cidades, dificultando ou até mesmo inviabilizando, o acesso para a população de bairros mais centrais. Grande parte dos serviços primários de saúde tem sob sua responsabilidade uma população maior do que sua capacidade de atuação. Desse modo, na tentativa de se reduzir desigualdades, o atendimento a determinados grupos populacionais é pri-

<sup>1</sup> A atenção primária à saúde, também denominada cuidados primários de saúde e atenção básica (Governo do Brasil), foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata). Para STARFIELD, a atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade e menos definidos, geralmente em centros de saúde, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

vilegiado, o que acaba aprofundando as disparidades entre aqueles que recebem ou não atenção, e que ficam mais ou menos doentes (ABRANTES PEGO; ALMEIDA 2001). Além disso, nem todos os serviços avaliam epidemiologicamente, por meio da vigilância em saúde, quem são os mais necessitados, os quais, muitas vezes, são aqueles que nem chegam aos serviços.

Ainda, remetendo-se às necessidades em saúde, não se está referindo apenas à assistência médica, mas também ao tipo de atendimento oferecido, com equipamentos adequados, profissionais qualificados e comprometidos, como também em uma gestão eficiente e responsável, com planejamento de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos (FEUERWERKER, 2005).

A Integralidade compreende um sentido muito amplo de atendimento do indivíduo como um todo, em todas as suas necessidades, da prevenção à reabilitação. Para tanto, defende a atuação de equipes multiprofissionais em uma rede de serviços intersetorial (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Mas o trabalho 'na ponta' dos serviços mostra que a existência de equipes multiprofissionais não necessariamente pressupõe a inter/ transdisciplinariedade, pois cada um trabalha no seu núcleo sem avançar no campo de saberes, "um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas" (CAMPOS, 2000). O profissional da Odontologia, por exemplo, historicamente habituado ao trabalho individual em seu próprio ambiente de trabalho, enfrenta dificuldades nesse processo (SOUZA; RONCALLI, 2007). Algumas equipes de saúde, desse modo, podem perder o principal que é a troca de conhecimentos para atender mais adequadamente e com racionalidade as necessidades do indivíduo, otimizando recursos e tempo através das interconsultas.

Os profissionais da atenção básica deparam-se diariamente com uma rede enfraquecida e desarticulada, com a inexistência de vagas em serviços secundários e terciários, com o reduzido número de especialistas vinculados ao SUS e conseqüentemente um longa espera, que talvez nunca acabe, por uma con-

sulta especializada. Os níveis de complexidade estrutural crescente, previstos pelo princípio da hierarquização, não estão articulados com os serviços existentes, como preconiza a regionalização (FEUERWERKER, 2005).

Esse princípio organizativo, a hierarquização, deveria garantir formas de acesso aos serviços em toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis, e incorporado à rotina de acompanhamento com fluxos de referência e contra-referência, isto é, retorno de informações ao nível básico do serviço. Seria esse um caminho para somar a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema (BRASIL, 2001).

O financiamento do SUS deve ser planejado em nível local através do princípio da descentralização e com comando único, redistribuindo poder e responsabilidades entre as três esferas de governo (PESSOTO et al., 2001). Acredita-se que, quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance de acerto. Mas para isso é preciso que o município tenha condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para assumir sua função (BRASIL, 2001).

Quanto à participação orçamentária, a Emenda Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, estipulando que o governo federal deve investir 5% da sua receita na saúde, o Estado 12% e o município 15% (BRASIL, 2003). No entanto, as esferas de governo não têm cumprido com a sua obrigação e tal emenda aguarda regulamentação desde 2004. Apesar do processo de municipalização implantado, alguns municípios ainda não assumiram integralmente suas responsabilidades, principalmente no que diz respeito à alocação de recursos, melhorias na estrutura física e de recursos humanos (ANTUNES, 2001). Nesse sentido, chega-se a cogitar a terceirização da saúde, através de fundações, como um caminho viável e racional para o setor saúde.

Alguns municípios menores não conseguem administrar seus recursos e formam consórcios regionais para ampliar a sua rede local de assistência à saúde. Assim, ao invés de investir na melhoria da

atenção básica e serviços secundários, despedem todos os seus recursos na compra de ambulâncias, criando uma falácia conhecida que são as 'ambulancioterapias' vistas diariamente em torno dos hospitais das capitais trazendo pessoas de todas as regiões, sobrecarregando a rede municipal e regional. Essa é uma discussão eterna entre Estado e Município na questão de investimentos na assistência à saúde. Para facilitar os processos de pactuação e regionalização da saúde, foi proposto o Pacto pela Saúde (2006b), instituindo novas bases para que o SUS alcance um processo mais solidário de gestão, com cooperação técnica. Mas para que as políticas de saúde se aproximem das necessidades da população, faz-se necessária a efetiva atuação do controle social.

O SUS nasceu do movimento social e é a ele que deve se voltar sua revigoração (PEGO; ALMEIDA 2001). A participação popular pressupõe um SUS democrático, com a população, por meio de suas representatividades efetivas, lutando por seus direitos (FEUERWERKER, 2005). No entanto, a participação popular em muitas situações tem sua legitimidade questionada, com líderes comunitários não elegíveis, que não representam os interesses da população e são manipulados pelo gestor. Infelizmente, alguns Conselhos de Saúde são conduzidos por grupos dominantes que defendem interesses políticos próprios. É preciso cautela para que esse princípio não se torne um meio fácil de se exercer o controle sobre a população. Além disso, o termo 'controle social' não expressa da melhor maneira a necessária 'co-gestão' do serviço com a comunidade na qual atua.

Para que se tenha um SUS efetivo, deve-se fortalecer a participação comunitária através da conscientização da população quanto aos seus direitos e deveres na gestão do sistema de saúde, e a educação popular é um importante meio para isso (PESSOTO et al., 2001; VASCONCELOS, 2004). Através dela, é possível reverter a lógica do sistema de saúde do início do século XX, em que o conhecimento estava nas mãos de poucos e a população não tinha direito a participar das discussões e nem mesmo era esclarecida quanto às ações, apenas submetendo-se às ordens.

## CONCLUSÃO

Ao analisar o processo histórico de construção do SUS, percebe-se que a saúde permanece dependente do desenvolvimento econômico do país. O período de desvalorização na alocação de recursos não foi totalmente revertido, sendo necessário maiores investimentos na saúde para mudar a lógica de um serviço público desgastado, desvalorizado pelo governo, pela população e pelos próprios profissionais (FEUERWERKER, 2005).

Os princípios e diretrizes do SUS, defendidos na constituição, foram construídos na tentativa de romper com um sistema excludente. Apesar dos ganhos obtidos com a redução da desigualdade, ainda existem dificuldades na implementação destas diretrizes no cotidiano dos serviços de saúde.

As questões relacionadas à saúde da população devem envolver o esforço do governo e da sociedade, para que as políticas públicas estejam em sintonia com as prioridades da população (RODRIGUES NETO, 1994). Na medida em que isso não ocorre, aumenta a procura por serviços terceirizados e conveniados preenchendo a lacuna deixada pelo SUS, tornando o setor privado de saúde um dos que mais crescem no país.

O SUS como foi idealizado permanece em construção. Faz-se necessário criar mecanismos para que a sua concepção teórica e legal se concretize na prática, especialmente no nível municipal.

A qualificação do serviço público passa pela melhoria dos cursos de graduação para mudar o perfil do profissional, o que pode ser almejado com reformas curriculares que já entraram em vigor (BRASIL, 2008; CECCIM; FEUERWERKER, 2004), além da garantia da gestão dos serviços por cargos técnicos qualificados e não políticos (ANTUNES, 2001). Muito se fala na necessidade de mudança no modelo de atenção. Mais plausível seria seguir o modelo proposto há vinte anos, adequando-o às especificidades locais e às novas demandas da população, a fim de torná-lo mais eficaz, eficiente e racional.

Para isso, novas discussões são necessárias, abordando o perfil do profissional do SUS, no aspecto da formação curativista dos cursos de graduação e da

nova relação das universidades com os serviços de saúde; o processo seletivo e cargos políticos de atuação no SUS e a necessária educação permanente; o perfil dos gestores, em termos de qualificação técnica, ligação política e continuidade no sistema; a vigilância em saúde, a resolutividade e a avaliação constante dos serviços de atenção primária; a educação popular e o controle social.

## Agradecimentos

Às professoras Dalva Maria Pereira Padilha e Claides Abegg, do Departamento de Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela revisão do texto.

## REFERÊNCIAS

- PEGO, Raquel Abrantes; ALMEIDA, Celia. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Aug. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em jun. 2008
- ANTUNES, M. J. M. AABEn na defesa dos princípios éticos, políticos e técnicos na implementação do SUS. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em jun. 2008.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: Art. 196-200**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.tce.rs.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Emenda Constitucional nº 29**: um avanço significativo para o setor saúde. 2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/ec29.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/ec29.htm)>. Acesso em: 14 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19/09/1990**. 1990a. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 20 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8142 de 28/12/1990**. 1990b. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>>. Acesso em: 20 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a. (Série Pactos pela Saúde). Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pactos/documentos/pactos\\_vol4.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pactos/documentos/pactos_vol4.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 fev. 2006b, p. 43-51.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648** de 28/03/2006. 2006c. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.ed. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde**. 2008. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26639](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26639). Acesso em: jun. 2008.
- CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- \_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes práticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em jun. 2008.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: 1987. p. 381-415.
- FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**

(**Botucatu**), Botucatu, v. 9, n. 18, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em jun.2008

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia no projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distritos Sanitários: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 19-92.

PESSOTO, Umberto Catarino; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; HEIMANN, Luiza Sterman. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Feb. 2001. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em maio 2008.

RODRIGUES NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, sua proposta, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e o controle social no SUS**. Brasília, 1994.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos Assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e Perspectivas. **Revista Ação Coletiva**, Brasília, v.2, n. 1, p. 9-14, 1999.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-39, nov. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco:Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em maio 2008.

