

OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE¹

Carmen Teixeira

1. Introdução

A perspectiva que tenho adotado, ao longo da vida profissional, para a abordagem a este tema, tem sido **histórica e política**, marcada por um lado pelo envolvimento, pela militância no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, e por outro, pelos estudos que temos feito, no âmbito do Instituto de Saúde Coletiva, no grupo de pesquisa de Planificação, Gestão e Avaliação de sistemas de saúde, sobre o processo de formulação e implementação do SUS. Nesse sentido, é necessário, logo de início, recuperar alguns dos elementos históricos que ajudam a situar nosso tema, e, em seguida partirmos para a apresentação do que entendemos o SUS, para revisarmos seus princípios e diretrizes

2. O que é o SUS?

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “**Política de Estado**”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”.

Esse processo se por um lado resultou da ampla mobilização de um conjunto de forças sociais em torno do movimento pela RSB, revela a aproximação do nosso marco jurídico aos princípios do chamado Estado de Bem-Estar-social (Welfare state), contraposto à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população brasileira.

É preciso, portanto, entender o significado disso, em uma sociedade capitalista e periférica, como a brasileira, na qual vicejam distintas concepções acerca do Estado, da Política, em suma, da natureza das relações entre público e privado, e mais contemporaneamente, das relações entre estatal- público – privado.

¹ Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da **Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde** da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios, são, como vocês sabem, a **Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social**.

Ora, isso exige que se esclareça o sentido e o significado que se pretende e tem sido dado, aos termos “SAÚDE”, “SISTEMA DE SAÚDE”, e principalmente, o que se está entendendo por **Universalidade** o que se está entendendo por **Equidade** e o que está se entendendo por **Integralidade**, bem como, por **Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social**. É impossível nesse curto espaço de tempo, dar conta desse desafio. O que me proponho a fazer, portanto, é apenas caracterizar, em grandes linhas, o debate que vem se dando em torno de cada um dos princípios “finalísticos”, tentando identificar sua fundamentação teórica e política, como ponto de partida para que vocês introduzam a reflexão sobre a dimensão ética embutida na discussão de cada um deles.

3. Princípios finalísticos e diretrizes estratégicas do SUS

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Esse artigo traz, além da idéia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde.

O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação de políticas voltadas, especificamente, para garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde, o que se constitui, exatamente, no eixo da Política de saúde, conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância, reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações.

A **universalidade**, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser **universal** é preciso se desencadear um **processo de universalização**, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços

A primeira delas, a barreira jurídica, foi eliminada com a Constituição Federal de 88, na medida em que universalizou o direito à saúde, e com isso, eliminou a necessidade do usuário do sistema público colocar-se como trabalhador ou como "indigente", situações que condicionavam o acesso aos serviços públicos antes do SUS. De fato, os trabalhadores "de carteira assinada", fossem empregados ou autônomos, ativos ou aposentados, trabalhadores urbanos ou rurais, e seus dependentes, tinham o direito assegurado aos serviços do antigo INAMPS, na medida em que contribuía (como contribuem ainda hoje) para a Previdência Social. Aos excluídos do mercado formal de trabalho restava a condição de "indigentes", pobres que recorriam às instituições filantrópicas ou, mais freqüentemente, aos serviços públicos mantidos pelo Ministério da Saúde ou da Educação (Centros e Hospitais universitários) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O pleno exercício desse direito, entretanto, exige a superação das barreiras econômicas, sociais e culturais que ainda se interpõem entre os usuários e o sistema de serviços de saúde. Do ponto de vista econômico, ainda que a população não precise pagar diretamente pelos serviços (o financiamento é assegurado pelo Estado, mediante a utilização de fundos públicos), não se pode negar que a enorme parcela

da população pobre, que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico ou habitam a periferia das grandes cidades, não dispõem de condições mínimas de acesso aos serviços, às vezes até porque não tem como pagar o transporte necessário para chegar a uma unidade de saúde. Por outro lado, o Estado precisa dispor de um volume de recursos financeiros capaz de ser investido na ampliação da infra-estrutura do sistema, isto é, na construção e reforma de unidades de saúde, na compra de equipamentos e insumos, na contratação e pagamento de pessoal qualificado a trabalhar na produção de ações e serviços de saúde de distintas naturezas e graus de complexidade. Enfim, para garantir a universalização do acesso, a construção do SUS tem demandado um esforço enorme para a garantia do Financiamento do sistema, bem como para o Gerenciamento dos recursos financeiros de modo a que sejam utilizados na expansão e qualificação dos serviços públicos de saúde em todo o país.

Do ponto de vista sócio-cultural também existem barreiras, sendo a principal delas, sem dúvida, a barreira da linguagem, da comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários. Ainda quando chega aos serviços, grande parte da população não dispõe de condições educacionais e culturais que facilitem o diálogo com os profissionais e trabalhadores de saúde, o que se reflete, muitas vezes, na dificuldade de entendimento e de aprendizado acerca do comportamento que deve adotar para se tornar coadjuvante do processo de prevenção de riscos e de recuperação da sua saúde. Uma simples receita médica pode ser um texto ininteligível para grande parte da população que não sabe ler.

A transposição dessa barreira cultural e comunicativa entre os usuários e o sistema de saúde é certamente um dos maiores desafios a serem enfrentados na perspectiva da universalização do acesso não só aos serviços (do ponto de vista territorial) senão que à informação necessária para o envolvimento das pessoas dos diversos grupos populacionais no processo de promoção e recuperação da saúde individual e coletiva. Também nessa linha vem sendo desenvolvidos esforços variados, que vão desde o desenvolvimento de ações de educação e comunicação em saúde direta ou indiretamente realizadas pelos trabalhadores do setor, com auxílio de tecnologias as mais diversas, inclusive da mídia até a normatização das bulas dos medicamentos e a implantação de serviços de ouvidoria, controle e avaliação da assistência, de modo a se multiplicar os canais de comunicação entre os produtores dos serviços (trabalhadores de saúde), gestores e usuários do sistema.

Além de tudo isso, se coloca em cena o princípio da **equidade**, mais um dos princípios finalísticos do SUS e, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.

A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas.

Nesse sentido, cabe destacar os esforços que vem sendo feitos para a formulação e implementação de Políticas específicas voltadas ao atendimento de necessidades de segmentos da população que estão expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em função de características genético-hereditárias, econômico-sociais ou histórica-política e culturais, como é o caso da população indígena, da população negra, da população GLBTT, e outras. Nos últimos anos, particularmente, os movimentos sociais organizados em torno das reivindicações e demandas políticas destes grupos tem gerado a adoção de propostas que se desdobram em programas e projetos específicos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Pelo exposto, percebe-se que o princípio da equidade diz respeito a duas dimensões do processo de reforma do sistema de saúde. De um lado, a reorientação do fluxo de investimentos para o desenvolvimento dos serviços nas várias regiões, estados e municípios, e, de outro, a reorientação das ações a serem realizadas, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária. Nesse último sentido, a busca de equidade se articula, dinamicamente com outro princípio finalístico do SUS, qual seja, a **integralidade** do cuidado à saúde.

A noção de **integralidade** diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade é (ou não), um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um "modelo de atenção integral à saúde" contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Um modelo "integral", portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

O debate em torno das estratégias de mudança do sistema de serviços de saúde de modo a que este venha a garantir a integralidade do cuidado não é novo, tendo ocorrido em vários países do mundo ocidental, desde o século passado. As políticas e reformas desenvolvidas em vários sistemas de saúde no mundo, como Inglaterra, Suécia, Dinamarca, Canadá, Itália, etc. contribuíram para a sistematização de vários princípios organizativos, que foram assumidos, em nossa legislação, como "diretrizes estratégicas" para a organização do SUS, que são a descentralização da gestão dos recursos, a regionalização e hierarquização das unidades de produção de serviços e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas.

A **descentralização** da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), coma transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

A **regionalização** e a **hierarquização** dos serviços, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuárias. A **regionalização** dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-

administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, sub-divisões ou agregações do espaço político-administrativo. A **hierarquização** dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental.

Finalmente, a **integração** entre as ações promocionais, preventivas e curativas diz respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua "história (natural) social", abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde. Cabe registrar a distinção entre "integralidade" e "integração", termos que por vezes se confundem no debate acerca da organização dos serviços de saúde. Se a integralidade, como posto anteriormente, é um atributo do modelo, algo que o modelo de atenção à saúde "deve ser", a integração é um processo, algo "a fazer" para que o modelo de atenção seja integral. Nesse sentido, a integração envolve duas dimensões: uma dimensão "vertical", proporcionada pelo estabelecimento da hierarquização dos serviços (SR e CR), que permite a produção de ações de distinta complexidade (primária, secundária, terciária) em função da natureza do problema que se esteja enfrentando, e uma integração "horizontal", que permite a articulação, no enfrentamento do problema, de ações de distinta natureza (promoção, prevenção, recuperação).

A construção de um modelo de atenção integral à saúde pressupõe, portanto, o desenvolvimento de um processo de implantação de ações que não são desenvolvidas no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se promove a integração, tanto "vertical" quanto "horizontal" de ações que são desenvolvidas. No primeiro caso, situam-se, por exemplo, as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, escassamente desenvolvidas na maioria dos nossos sistemas municipais de saúde, bem como as ações de promoção da saúde, praticamente inexistentes em nosso sistema como um todo. No segundo caso, cabe articular ações

de prevenção e de assistência que vem sendo historicamente desenvolvidas por instituições diferentes, com lógicas organizacionais distintas, como é o caso do antigo INAMPS, das antigas SES, da FUNASA, etc. hoje integradas no MS, SES e SMS, instituições envolvidas no processo de construção do novo modelo de atenção à saúde no SUS.

4. Cartografia do debate sobre os princípios e diretrizes do SUS

Uma vez expostos em grandes linhas, os princípios e diretrizes do SUS, é interessante apontar os desdobramentos possíveis de uma reflexão mais aprofundada sobre cada um deles, indicando alguns referenciais² que podem ser úteis nesse processo, alguns dos quais sem sido, inclusive, incorporados ao debate que se trava na cena política da área.

4.1. A problemática da **Universalidade**; o debate em torno da universalidade, ou melhor dizendo, do processo de universalização do SUS tem sido abordada, fundamentalmente, do ponto de vista da contraposição da perspectiva social-democrata embutida no texto constitucional e a perspectiva neoliberal que se difundiu no âmbito das políticas públicas no Brasil nos últimos 20 anos. Assim, de um lado, argumenta-se a favor da garantia do acesso a qualquer das ações e serviços produzidos pelo SUS, o que tem gerado uma grande iniquidade, devido aos diferenciais de informação e de consciência do direito assegurado entre os vários segmentos da população e, por outro, defende-se a necessidade de se estabelecer certa "priorização", devido às dificuldades financeiras, gerenciais e operacionais do sistema, enquanto, no pólo oposto, argumenta-se à favor de uma definição do "pacote básico" a ser prestado pelo SUS, subvertendo-se, com isso, a proposta de universalização. Em suma: três posições: a) universalização de "tudo" (o que embora desejável, é inviável a curto e médio prazo, o que gera uma competição "interna" pelos recursos entre prestadores e uma competição "externa" entre usuários, pelos serviços, com evidente vantagem dos segmentos econômica e

² Um desses referenciais, sem dúvida, tem sido o da Filosofia do Direito, onde se destaca a análise feita por vários autores sobre a natureza dos direitos civis, políticos e sociais. Cabe destacar a contribuição de N. Bobbio, que chama a atenção para que da análise do conjunto desses direitos, pode-se inferir que alguns constituem liberdades (do cidadão diante do seu Estado) e outros constituem vínculos, obrigações, deveres (do Estado para com os cidadãos). Nessa perspectiva, pode-se afirmar que enquanto os direitos individuais se inspiram no valor primário da liberdade, os direitos sociais se inspiram no valor primário da igualdade. São direitos que tendem a eliminar, a corrigir desigualdades, que nascem das condições de partida, econômicas e sociais, mas também, em parte, das condições naturais de inferioridade física. (Almeida, p. 29-30). Para Bobbio (2000), esses direitos antes de serem antitéticos, são correlacionados, na medida em que o reconhecimento de alguns direitos sociais é pré-condição para um efetivo exercício dos direitos de liberdade. A liberdade positiva (liberdade como poder) corresponde à igualdade social, isto é, igualdade de oportunidade e exige-la significa exigir que se concretizem os direitos sociais.

culturalmente mais beneficiados. O “nó crítico!”, tem sido, portanto, o financiamento, não por acaso o tema em torno do qual gravita o debate político.

4.2. A problemática da **Equidade**, que tem gerado também, algumas polêmicas, em virtude, de um lado, do questionamento da “pertinência” de políticas específicas para determinados grupos, vista como uma forma de “neocorporativismo” ou de “clientelismo”, na medida em que atendem pressões de movimentos sociais mais bem organizados, ou que conseguem estabelecer lobbies, ou anéis “tecnoburocráticos” com setores das instituições gestoras das políticas. De outro, defende-se a pertinência dessas políticas, não só como resposta a pressões específicas, senão como forma de expressão da 4ª geração de direitos, como assinala Bobbio³.

4.3. Finalmente, a problemática da **Integralidade**, que tem como fundamento as distintas concepções acerca dos determinantes do processo saúde-doença, e das formas de atuação sobre os diversos momentos desse processo, em torno da qual vem se constituindo um amplo debate, marcado pela multiplicidade de concepções e propostas de vários autores com respeito à reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de saúde. Aponto aqui, a revisão que tenho feito sobre a multiplicidade de perspectiva com que se trata a problemática do cuidado à saúde, ora privilegiando a dimensão micro política (das relações entre profissionais de saúde, trabalhadores e usuários, ora privilegiando a dimensão organizacional, quer se trate da organização do processo de trabalho dos diversos profissionais da área,

³ Os antecedentes dessas discussões estão nos séculos XVII e XVIII, culminando na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, após a Revolução Francesa, e, posteriormente, no século XX, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948 e na Convenção Européia dos Direitos do Homem, de 1950, que marcam a nova era pós Segunda Grande Guerra Mundial e serviram de guia para todas as constituições posteriores, dos diversos países nos quais se adotou o chamado Estado de Direito. Nessa história progressiva, do século XVII aos nossos dias, foram percorridas diversas etapas:

- a) a primeira, foi a da constitucionalização, que transformou uma aspiração ideal secular em um direito público subjetivo, ainda que no restrito âmbito de uma nação (Bobbio, 2000: 481);
- b) a segunda, que dura até hoje, numa evolução contínua, foi a sua progressiva extensão – iniciando no próprio interior dos direitos de liberdade (direitos civis, de ir e vir), passando para o reconhecimento dos direitos políticos (de associação) até a concessão do sufrágio universal masculino e feminino (passagem do Estado liberal para o Estado democrático) e a introdução dos direitos sociais (Estado democrático e social);
- c) a terceira etapa teve seu ponto de partida na Declaração Universal dos Direitos dos Homens (1948), contemplando a universalização, isto é a transposição da sua proteção interna (do Estado nacional) para o sistema internacional, embora esta transposição seja, mais hipotética do que real (idem, 2000);
- d) se pode acenar, segundo Bobbio (2000) com uma quarta etapa; a da especificação dos direitos, uma vez que a expressão “direito dos homens” é demasiado genérica e não é suficiente, sendo necessário, desde o início, diferenciar os direitos do homem em geral dos direitos do cidadão, no sentido de que a este último se podem atribuir direitos ulteriores. Essa especificação continuou, porém, na medida da necessidade de exigências específicas de proteção, segundo sexo (direitos das mulheres), fase da vida (direito das crianças, dos idosos) ou condições específicas de proteção (de enfermos, deficientes, doentes mentais, etc.).

quer das equipes (a exemplo das equipes de SF), quer se aborde a reorganização do processo de trabalho coletivo que atravessa diversos níveis de complexidade dos serviços (a exemplo da constituição das linhas de cuidado a problemas ou grupos específicos) ou ainda a organização de “rede de serviços”, como forma de integração dos diversos “níveis de assistência” a pessoas, ou, finalmente, a proposta de integração de práticas que extrapolam a dimensão individual do cuidado e abarcam a articulação entre promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e atenção à saúde individual e coletiva, como é o caso da Vigilância da Saúde. (Teixeira, 2006).

5. Comentário final

Como se pode constatar a identificação, caracterização e mapeamento dos fundamentos teóricos e políticos dos princípios e diretrizes do SUS, é apenas o início de um trabalho que pode se ramificar, com a construção de uma verdadeira “cartografia” de abordagens teórico-metodológicas que não se esgotem naquelas que brevemente aponte aqui, como as que provem da Economia (liberalismo e neoliberalismo), das Ciências Políticas (socialismo e social-democracia) e dos seus desdobramentos na Economia e Sociologia da saúde (seguro social VS seguridade social), no Direito sanitário, na Administração sanitária, e/ou no campo das Ciências Sociais em saúde, que privilegiam vertentes teóricas como o estruturalismo, a fenomenologia, a hermenêutica e também, à luz do debate contemporâneo no campo da Bioética.

Referências bibliográficas

BOBBIO, Norberto, **Teoria geral da política. A filosofia política e as lições dos clássicos**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Editora Campus. 2000.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008

TEIXEIRA, C. F. **O SUS e a Vigilância da Saúde**. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

TEXEIRA, C.F **Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde**. Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicaragua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.

TEIXEIRA, CF e SOLLA, J. (orgs). **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância Saúde da Família**, CEPS-ISC - EDUFBA, Salvador, Bahia, 2006.

TEIXEIRA, C. F. et all. O processo de formulação da Política de Saúde da população negra em Salvador, 2005-2006. **Relatório de pesquisa**. CNPq, ISC-UFBA, Salvador, 2009.