

Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o controle social do sus.

Maria Cleide Azevedo Braz(orientadora)
José Hugo Minervino
Luciana Ferreira Monteiro e Oliveira
Ilaiane Ferreira de Andrade
Angela Toshie Araki

RESUMO: O Ministério da Saúde em 1994 criou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Como PSF, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família compreender melhor o processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas . O objetivo desse estudo foi investigar o conhecimento dos profissionais da Equipe Saúde da Família (EPSF), acerca do Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa foi realizada em uma cidade de porte médio, nas Unidades Básicas de Saúde do Programa de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, utilizando um formulário semiestruturado com perguntas subjetivas. A abordagem analítica foi realizada com 28 profissionais de saúde bucal. Os resultados do estudo evidenciaram que a maioria dos entrevistados demonstrou um conhecimento acerca do controle social do Sistema Único de Saúde, 54% da amostra, tem um conhecimento com relação aos seus direitos enquanto usuários do SUS, 17% da amostra, entendem que a participação popular acontece nos conselhos municipais de saúde, nas conferências de saúde e reuniões com equipes e gestores.

PALAVRAS-CHAVE: Conselho Municipal de Saúde. Equipe Saúde Família. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT:The Ministry of Health in 1994 created the Family Health Program (PSF) in order to reorganize the care practice in new bases and criteria, replacing the traditional model of care. How PSF, attention is focused on the family, understood and perceived from the physical and social environment, which has enabled the Health teams Family better understand the health / disease process and the need for interventions that go beyond healing practices . The aim of this study was to investigate the knowledge of professionals of the Family Health Team (EPSF), of the Social Health System Control (SUS). This research was conducted in a medium-sized city in the Basic Health Units of the Family Health Program. Data collection was conducted through a questionnaire, using a semi-structured form with subjective questions. The analytical approach was performed with 28 oral health professionals. The study results showed that the majority of respondents demonstrated a knowledge of the social control of the Unified Health System, 54% of the sample has a knowledge regarding their rights as users of SUS, 17% of the sample understand that participation popular happens in municipal health councils, health conferences and meetings with teams and managers.

KEYWORDS: Health Family Health. Team City Council. Family Health Program.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde em 1994 criou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de continuar a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital (FRANCO; MERHY,1999).

No Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988, e conforme previsto em seu artigo 196, a saúde passou a ser inserida como um direito fundamental do cidadão e dever do estado. Ainda pela nossa Carta Magna, através de seu artigo 198, ficou estabelecida a participação da sociedade no acompanhamento, controle e fiscalização da execução das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1998).

O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores ganhos para o País, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990, traz os princípios da Universalidade, da Equidade e da Integralidade, e pela Lei 8.142/1990 que institui o Controle Social na Saúde, exercido por instrumento como as Conferências e Conselhos de Saúde (MONTEIRO, 2009).

O Controle Social da política de saúde do SUS é um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. Ele, e a gestão participativa no SUS, contribuem para a implantação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres diferente de uma mera visão de consumidor de bens (BRASIL, 2004).

Os conselhos de saúde estão formados em todos os estados e municípios e possuem caráter permanente e deliberativo, que representam a possibilidade da política de saúde ser formulada, executada, monitorada e avaliada com controle da sociedade (MONTEIRO, 2009).

O controle social é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a participação popular, através dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde faz-se necessário. O objeto desta pesquisa é investigar o conhecimento dos profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF), sobre o Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS).

REVISÃO DE LITERATURA

História da saúde no Brasil

A política de saúde no Brasil deu-se em três momentos significativos sendo eles: primeiro, o assistencialista, que envolve o período que antecede 1930, onde o estado não reconhece a questão social enquanto objeto de sua intervenção política; o segundo momento o previdencialista, que se desenvolvem no período pós 30, onde o estado passa a assumir a questão social enquanto elemento de intervenção estatal. A política de saúde, nesse momento abrange fundamentalmente os trabalhadores de carteira assinada, e o terceiro momento, o universalista, fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na constituição de 1988, mas que foi implementada na década de 1990 (CHIORO; SCAFF, 1996).

O acesso universal e gratuito à saúde foi conquistado a partir da Reforma Sanitária que se originou de um movimento sanitário guiado por um processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organizações de sistema, serviços e práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Esse movimento consolidou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas representantes de todos os seguimentos da sociedade civil, das quais 50% eram usuários da saúde, discutiram sobre um novo modelo de saúde para o Brasil. Foi a partir desta Conferência que saiu o movimento pela emenda popular, a primeira e única emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse foi o maior sucesso da Reforma Sanitária, garantindo na Constituição Federal que saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (FIOCRUZ, 2007).

A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde estruturado em princípios básicos universais que objetivam assegurar o acesso universal e igualitário e integral às ações de prevenção, tratamento e reabilitação do indivíduo, de promoção da saúde e participação da comunidade na gestão do sistema de saúde. Este passa a ser direito de todos e dever do Estado. Este direito é claramente evidenciado em artigos constitucionais como o:196, 197 e 198. Estes dois últimos destacam as ações de saúde como de relevância pública e integram uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que compõe o Sistema Único de Saúde (MEDCURSO,2005).

Segundo Viegas et al. (2013), no nosso país, o Sistema Único de Saúde é obra do reconhecimento do direito à saúde no Brasil. Sendo uma instituição de caráter federativo, fixa a obrigação de todos os municípios, dos estados e da União de atuar para a promoção, a prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com liberdade de cada esfera de governo para a gestão descentralizada do Sistema nos limites de seu território. Com características de unicidade, descentralização e também de "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais".

A criação do SUS objetivou alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar "uma rede regionalizada e hierarquizada", organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (VIEGAS et al., 2013).

Estratégia saúde da família

No Brasil o modelo assistencial da Atenção Básica é a Estratégia Saúde da Família, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território unido, e desenvolve obras de saúde depois de conhecer a real qualidade local e das necessidades de sua população (SÃO PAULO, 2009).

Em 1994, O Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa é apresentado como uma estratégia de mudança do modelo assistencial conhecido até então, visto que tem como princípio operacional a descrição da clientela, que permite estabelecer vínculos com a população, resgatando o compromisso e a corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço. Desta forma, a estratégia trazida pelo PSF incorpora os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – Universalidade, Descentralização, Integralidade e Participação Social (MATTOS, 2002).

A Estratégia Saúde da Família procura apoiar a aproximação da unidade de saúde das famílias e fazer com que tenham acesso aos serviços, fazendo com que aja a existência de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolver os problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local (São Paulo, 2009).

A Implantação Programa Saúde da Família no Brasil ocorreu de forma rápida e a maioria dos municípios aderiu a esta modalidade de atenção básica, denominada atualmente

de Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável por proceder à reorganização da prática assistencial a partir do nível básico, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças (PAIVA et al, 2006).

A Estratégia Saúde da Família vem se consolidando como forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde. Prioriza as ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (BRASIL, 2001).

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de localizada no interior da Paraíba, composta por uma população de 104,716 habitantes, sendo esta de porte médio, apresentando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,701 constatado em 2010, mostrando com IDH alto entre os municípios. A pesquisa foi feita com os dentistas inseridos nas Unidades Básicas de Saúde do Programa de Saúde da Família. O universo da pesquisa constituiu-se de 32 cirurgiões dentistas que atuam na atenção básica na cidade de Patos PB e a amostra constituiu-se de 28 cirurgiões. Foram incluídos no estudo os cirurgiões dentistas das unidades Básicas de Saúde, que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Excluíram-se as que se negaram a participar da pesquisa ou aquelas que não quiseram responder o questionário na unidade de saúde durante o contato com o pesquisador. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, utilizando um formulário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas . As perguntas foram estruturadas para obter dados da percepção dos profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF), sobre o Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a explicação dos objetivos do estudo, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, os que aceitaram assinar um Termo de Consentimento Livre Esclarecido . O tempo previsto para duração das respostas foi em torno de 5 minutos, de forma que não atrapalhasse a rotina dos entrevistados.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido , as respostas foram coletadas nas entrevistas com auxílio do formulário . Depois foram tabuladas em uma planilha do Microsoft Excel, formando um banco de dados.

Para a execução do estudo proposto foram obedecidos todos os critérios prescritos pela Resolução 444/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual versa sobre a ética em pesquisa com seres humanos. O projeto foi avaliado na sessão realizada em, 06 de junho de

2013, após análise do parecer do relator, resolveu considerar aprovada com o protocolo de número, 17343313.4.0000.5181.

Tabela 1: Participantes e variáveis.

Trabalho realizado na cidade de Patos PB, onde foram entrevistados 28 profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde.

VARIÁVEIS	PARTICIPANTES	N	%
	28		
Sexo	Masculino	13	46
	Feminino	15	54
Estado civil	Solteiros	14	50
	Casados	13	46
	Divorciado	1	4
Grau de Instrução	Graduado	20	71
	Pós-Graduado	8	29
Tempo de atuação	01 a 04 anos	7	27
	05 a 08 anos	1	4
	09 a 12 anos	10	38
	13 a 16 anos	1	4
	17 a 20 anos	3	11
	21 a 24 anos	0	0
	25 a 28 anos	2	8
	29 a 32 anos	2	8

Fonte: Monteiro, 2009.

TABELA 2 - CONHECIMENTO DOS DIREITOS ENQUANTO USUÁRIOS DO SUS

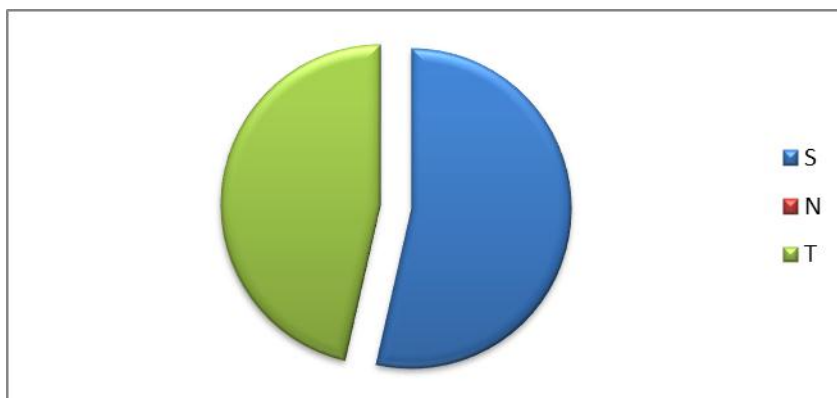
A tabela 2 mostra que 15 profissionais que corresponde a 54% da amostra, tem um conhecimento com relação aos seus direitos enquanto usuários do SUS, sendo que 13 participantes, que corresponde a 46% da amostra tem o conhecimento parcial dos direitos como usuários do SUS.

O gráfico 1 abaixo visualiza o percentual das participantes do estudo em relação ao que conhecem sobre os seus direitos enquanto usuários do SUS.

Tabela 2: Direitos enquanto usuários do SUS

VARIÁVEL	PARTICIPANTES	N	%
	28		
Conhecimento	Sim	15	54
	Não	0	0
	Parcialmente	13	46

Fonte: Monteiro, 2009.



Fonte: Monteiro, 2009.

Figura 1 – Distribuição percentual segundo conhecimento dos seus direitos enquanto usuários do SUS.

*S= Sim

**N=Não

***T=Talvez

O gráfico1 mostra que 15 participantes (54%) afirmam conhecer seus direitos como usuário do SUS, enquanto 13 (46%) encontram-se naquele que conhece parcialmente.

TABELA 3 - PARTICIPAÇÃO POPULAR DA COMUNIDADE EM QUE ATUA

A tabela 3 especifica que 23 participantes, o que corresponde a 67% da amostra, afirmam que a participação popular na comunidade está presente no Conselho Municipal de Saúde, 7 participantes, equivalente a 21% da amostra, citam as Conferências de Saúde realizadas no município e 4 participantes (12%) relatam que essa participação acontece apenas no Conselho Municipal de Saúde, na mesma frequência informa que ocorre além do Conselho Municipal de Saúde e das conferencias em reuniões com equipes e gestores. E 6 participantes, 17% da amostra, entendem que a participação popular acontece nos conselhos municipais de saúde, nas conferências de saúde e reuniões com equipes e gestores.

A tabela 3 Representa a distribuição percentual da amostra segundo a participação popular da comunidade em que atua.

VARIÁVEL	PARTICIPANTES	N	%
	28		
Participação Popular	Conselho Municipal de Saúde	23	67
	Conferência de Saúde	7	21
	Outros	4	12

Fonte: Monteiro, 2009.



Fonte: Monteiro, 2009.

Figura 2: Distribuição percentual da amostra segundo a participação popular da comunidade em que atua.

*CMS=Conselho Municipal de Saúde

**CS= Conferência de Saúde

*** Outros

Com a análise do gráfico, observamos que a maior parte dos entrevistados disseram que a participação popular na área em que atuam é através do Conselho Municipal de Saúde, onde 7 desses entrevistados disseram que era Conferência de Saúde e 4 outros.

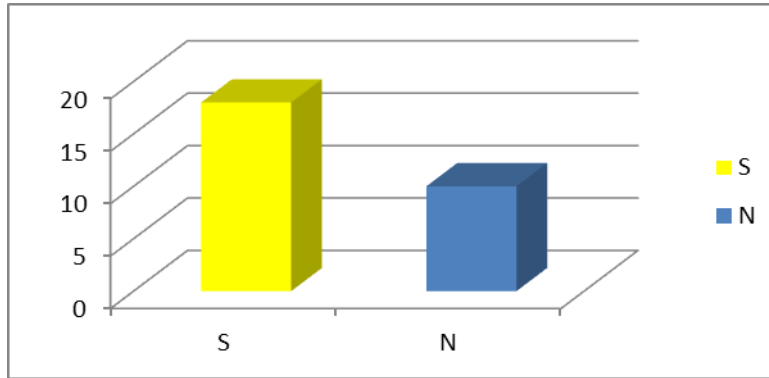
TABELA 4 - CONHECIMENTO SOBRE A CONSTITUIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A tabela 4 apresenta que 18 participantes, o que corresponde a 64% da amostra, afirmam que conhecem como é constituído o Conselho Municipal de Saúde, sendo que, 10 participantes, correspondendo a 36% da amostra, não tem conhecimento sobre a constituição do Conselho Municipal de Saúde.

Tabela 4: Representa a Distribuição percentual conforme conhecimento de como é constituído o Conselho Municipal de Saúde da sua localidade.

VARIÁVEL	PARTICIPANTES	N	%
	28		
Conhecimento da	Sim	18	64
Constituição do	Não	10	36
Conselho Municipal de			
Saúde			

Fonte: Monteiro, 2009.



Fonte: Monteiro, 2009.

Figura 3:Conhecimento dos profissionais sobre a constituição do SUS.

*S= Sim

**N= Não

Analisando o gráfico acima se verifica que a maioria dos profissionais demonstrou conhecer a formação do Conselho Municipal de Saúde local, enquanto que 10 (36%) profissionais relataram desconhecimento quanto a Constituição do Conselho Municipal de Saúde.

DISCUSSÃO

Na tabela-1 mostra os participantes e variáveis, tendo a Graduação como formação acadêmica da maioria das pessoas. Observamos que, a maioria dos profissionais não tem nenhuma Pós-Graduação. Foi verificada uma maioria dos entrevistados com união estável, e predominantemente do sexo feminino, apresentando a variação do tempo de atuação que foi de 01 a 32 anos. Isto nos leva a indagar a questão salarial, será que os profissionais devido as suas responsabilidades familiares e laborais não têm o tempo e recurso para se pós graduarem, ou também, nos chama atenção à questão do incentivo que os órgão gestores estão promovendo para que estes profissionais se aperfeiçoem. O que contradiz com a Lei, a 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Também contrário o que versa as Normas Operacionais Básicas (NOB) que são destinadas a esclarecer o papel das esferas de governo, na promoção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado com a saúde.

Este fato supracitado está contrário aos trabalhos de Ohara e Saito (2008), que versa sobre a qualificação da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família. Para os

autores, as diretrizes da ESF conservam relação íntima com os princípios declarados no SUS e significam um avanço de contraposição ao modelo assistencial centrado na doença.

A tabela 2 nos mostra o conhecimento dos direitos enquanto usuários do SUS, apresentando como resultado, que nenhuma das pessoas entrevistadas desconhece os direitos que o SUS oferece, onde a maior parte conhece totalmente e a menor parte conhece parcialmente. Observa-se que a população de uma maneira geral está buscando conhecer melhor seus direitos a saúde, já que consta na Constituição Vigente do país que a saúde é um direito de todos e que cabe ao SUS dispor de condições ao pleno exercício desse direito.

Este conhecimento pode ser aprofundado através da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, criada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, que é baseada em seis princípios básicos de cidadania, dando o direito básico ao cidadão ao ingresso nos sistemas de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2006b). Este fato nos mostrou um ponto positivo com relação a nossa pesquisa corroborando com Mattos, (2002) que fala sobre o vínculo da clientela com os profissionais envolvidos no PSF.

A tabela 3 que aborda sobre a participação popular em que atua, apenas 17% da amostra, apresentou como resultado que, a participação popular acontece nos conselhos municipais de saúde, nas conferências de saúde e reuniões com equipes e gestores. Através da Lei 8.142 já citada neste trabalho que define as obrigações dos Conselhos de Saúde nos mostra duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Na Conferência de Saúde devem-se reunir a cada quatro anos com as representações dos vários segmentos sociais, a fim de analisar como anda a situação da saúde e propor formulações da política da Saúde. Já o Conselho de Saúde apresenta caráter permanente e deliberativo, órgão composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, onde atuam na formulação de novas estratégias e controla a execução da política de saúde.

A tabela 4 que explora sobre a constituição do conselho municipal de saúde, mostra que, a maioria dos profissionais demonstrou conhecer a formação do Conselho Municipal de Saúde local, enquanto que 10 (36%) profissionais relataram desconhecimento quanto a Constituição do Conselho Municipal de Saúde. Sabe-se que em 1991 é sancionada a Lei 8.142 que define a competência dos conselhos. Art. 1º parágrafo 2: “O Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde na instância correspondente, inclusive nos

aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A Resolução nº 333 avança na mesma direção. Procura fortalecer a representatividade dos conselhos, apresentando, em relação à resolução anterior, uma lista mais ampla de entidades que poderão representar usuários. Determina que os governos devam garantir a autonomia dos conselhos, inclusive através de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a participação popular é a única forma capaz de estabelecer democraticamente as regras, normas e os modos de viver. É a produção das necessidades de vida por seus próprios protagonistas. É acima de tudo partilhar poder, construir um processo político pedagógico de conquistas de cidadania e fortalecimento da sociedade civil.

Os resultados obtidos durante este estudo evidenciam que o conhecimento dos profissionais acerca do controle social é satisfatório, percebe-se também que os mesmos como usuários do Sistema Único de Saúde estão mais informados quanto aos seus direitos e os meios pelos quais precisam seguir através de conselhos municipais e conferências de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Senado, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: **Conferência Sérgio Arouca**: Brasília, 07 a 11 de Dezembro de 2003: Relatório Final, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

CHIORO, A; SCAFF, A. **Saúde e cidadania**: a Implantação do Sistema Único de Saúde, 1996.

FIOCRUZ. **Sanitarista**. 2007. Disponível em: <<http://www.busauoca.cict.fiocruz.br>> Acesso em 28/04/2013.

FRANCO, T.; MERHY, E. **Psf: contradições e novos desafios**. 1999. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. (S.P./BR.) 1999.

MATTOS, R.A. O Incentivo ao Programa Saúde da Família e seus impactos sobre as grandes cidades: algumas reflexões. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2002.

MEDCURSO. Medicina Preventiva. “Do Internato a República”. **Saúde Coletiva** v 1. Rio de Janeiro: Medbros, 2005.

MONTEIRO, L.F.M.O. **Conhecimento dos Profissionais de Saúde acerca do Controle Social do SUS**. 2009. 41f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, 2009.

OHARA, E. C. C., SAITO, R.X. de Saito. **Saúde da Família: considerações, teorias e aplicabilidade**, São Paulo: Martinari, 2008.

LEI nº 8142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e de outras providências. **Diário Oficial da União** 1990, 28 de dezembro.

PAIVA, D.C.P; BERSUSA, A.A.S; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da Assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família no município de Francisco Morato, São Paulo: Brasília. In. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 22, n. 02, Fev. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 28/04/2013.

SÃO PAULO. Secretaria municipal da saúde. **Estratégia Saúde da Família – ESF**. São Paulo, 2009.

VASCONCELOS, C. M. PASCHE, D. F. Sistema Único de Saúde. In: Campos Gastão Wagner de Sousa: et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VIEGAS, S.M. F; CLÁUDIA, M.M.P. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.18, n.1, Jan.2013. Disponível em <<http://jornaldehoje.com.br/sus-do-papel-a-realidade/>>