ESTUDO TÉCNICO
PARA A COMISSÃO DE SAÚDE, PLANEJAMENTO FAMILIAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Ementa: Dispõe sobre a obrigatoriedade de capacitação periódica dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde no manejo do Diabetes Mellitus e prevenção e tratamento do pé diabético, no município de Salvador e dá outras providências.

Autor: Débora Santana

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo

ESTUDO TÉCNICO
PLE Nº 321/2025

JULHO/2026

O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Coordenação das Comissões, tampouco da Câmara Municipal de Salvador, sendo exclusiva responsabilidade de seus autores.

ESTUDO TÉCNICO DO PLE Nº 321/2025

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente Projeto de Lei (PLE) dispõe sobre a obrigatoriedade de capacitação periódica dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde no manejo do Diabetes Mellitus e prevenção e tratamento do pé diabético no município de Salvador e dá outras providências.

Cumpre informar que, segundo o banco de dados da Coordenação de Análise Legislativa (CAL), não há nenhuma outra proposição legislativa em tramitação que verse especificamente sobre o tema aludido na epígrafe. Importa considerar que em sua análise, a referida Coordenação mencionou a Lei nº 9.832/2023, que institui o Programa Municipal de Capacitação de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, para utilização de técnicas integradas acerca do cuidado e tratamento de feridas crônicas.

Após a avaliação da CAL, a Comissão de Constituição e Justiça e Redação Final (CCJ) e a Comissão de Finanças, Orçamento e Fiscalização aprovaram parecer favorável ao supramencionado PLE.

Foi dada continuidade ao processo de tramitação e em 10 de junho de 2026 o PLE 321/2025 chegou à Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social.

Conforme o art. 68, IX, “a”, do Regimento Interno[1] desta Casa, compete a referida Comissão “opinar em todas as proposições relativas a questões inerentes à Saúde e diretrizes do SUS”. Assim, este trabalho busca, através de uma análise técnico-cientifico, fazer um breve estudo das disposições e elementos técnicos presentes no Projeto de Lei, com vistas a subsidiar as discussões da matéria pela Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social, no seu âmbito de atuação.

Nessa direção, vale ressaltar que os estudos técnicos têm o objetivo de apresentar um levantamento documental dos dispositivos legais (municipal,

[1] Resolução 910/1991 – art 68, IX.

estadual, nacional) relacionados ao objeto do estudo. Assim como, dados e pesquisas de órgãos institucionais relacionados à temática em tela e pesquisas acadêmicas de destaque sobre o assunto.

Deve-se destacar ainda, que não é foco do trabalho qualquer análise relacionada à constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-se apenas sistematizar os principais referenciais técnicos e o ordenamento legal relacionado ao direito à saúde e os deveres pertinentes ao tema.

2 DESENVOLVIMENTO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), a saúde passou a ser considerada um direito:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na ordem jurídico-constitucional brasileira, o direito à saúde possui uma dupla fundamentalidade formal e material de que se revestem os direitos e garantias fundamentais em geral. Segundo Sarlet e Figueiredo (2012), a fundamentalidade material encontra-se ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, principalmente por sua "importância como pressuposto à manutenção e gozo da própria vida – e vida com dignidade" (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 31-32). Os autores também discorrem sobre a fundamentalidade formal do direito à saúde, lembrando que o referido direito decorre de sua previsão constitucional e desdobra-se em três elementos, a saber: a) **o direito à saúde, enquanto um direito fundamental**, situa-se no ápice do ordenamento jurídico (são normas de superior hierarquia formal e axiológica); b) encontram-se submetidos aos limites formais e materiais ("**cláusulas pétreas**") da reforma constitucional; c) são **normas diretamente aplicáveis**, vinculando de forma imediata as entidades estatais e os particulares (conforme dispõe o § 1º do art. 5º da CF 88).

Cumpre destacar que as características da saúde como um direito social acabam por exigir do Estado a execução de ações concretas e efetivas para a

promoção, proteção e assistência à saúde e de intervenções na dinâmica social que garantam o exercício deste direito (AITH, 2010).

Nesse sentido, a própria CF 88 criou **o Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à efetivação do direito à saúde no Brasil**, reputando-se inquestionáveis os inúmeros avanços alcançados desde então, inclusive a elaboração e implementação de políticas e ações de promoção, prevenção e controle de doenças no país.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo, é considerada uma das maiores conquistas do SUS, por superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Evidencia-se a superação do modelo médico assistencial privatista e a edificação de um modelo integral, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, resguardando as dimensões éticas, culturais e sociais importantes ao cuidado com a saúde da população (TEIXEIRA, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), um ponto importante da ESF é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo, um médico (generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família), auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição um cirurgião-dentista (generalista ou especialista em Saúde da Família) e auxiliares e/ou técnicos em Saúde Bucal.

Cada eSF é responsável por um quantitativo de famílias de um determinado território adscrito. A aproximação das equipes de Saúde da Família com a população deve possibilitar o vínculo dos trabalhadores da equipe com os usuários e a comunidade, ampliando suas fronteiras de atuação, visando uma maior resolubilidade da atenção básica. Assim, para a ESF, a responsabilidade sanitária está atrelada ao vínculo estabelecido entre a eSF e a população adscrita.

De acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica (2017) é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracterize por:

I - Definição do território e territorialização: a gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade.

II - Responsabilização Sanitária: papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III - Porta de Entrada Preferencial: a responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica (AB) como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V – Acesso: a unidade de saúde (US) deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as

necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Segundo seus postulados de ação, a Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento e favorece uma maior aproximação dos serviços à sociedade civil, promovendo sua participação efetiva na perspectiva de melhorar sua qualidade de vida. As experiências da implementação e funcionamento da estratégia no Brasil são diversas em sua dinâmica, evolução, fortalezas e desafios de gestão.

O SUS deve, portanto, estar organizado para a resolução das necessidades e problemas de saúde da população e para tanto, dentre outros, há que se considerar a criação de políticas voltadas para a estruturação e consolidação da atenção básica (AB) e da assistência à saúde de públicos-alvo, dentre estes, as crianças, a população negra e os portadores de doenças crônicas, com destaque para a criação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, que organiza linhas de cuidado integral e o Programa Farmácia Popular para acesso a medicamentos via SUS.

Em relação ao diabetes melitos, o MS tem desempenhado um importante papel enquanto gestor nacional do SUS e indutor de práticas preventivo-promocionais em saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica (AB).

Nesse sentido, destaca-se a implementação de estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, inclusive aquelas com diagnóstico de diabetes melitos.

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1 (DM1), anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2 (DM2), anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos (BRASIL, 2006).

É reconhecido que o diabetes passa por estágios em seu desenvolvimento, como ilustrado na Figura 1. É importante ao clínico perceber que os vários tipos de diabetes podem progredir para estágios avançados de doença, em que é necessário o uso de insulina para o controle glicêmico. Além disso, antes do diabetes ser diagnosticado, já é possível observar alterações na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída e glicemia de jejum alterada), e o seu reconhecimento pelo clínico permite a orientação de intervenções preventivas (BRASIL, 2006).

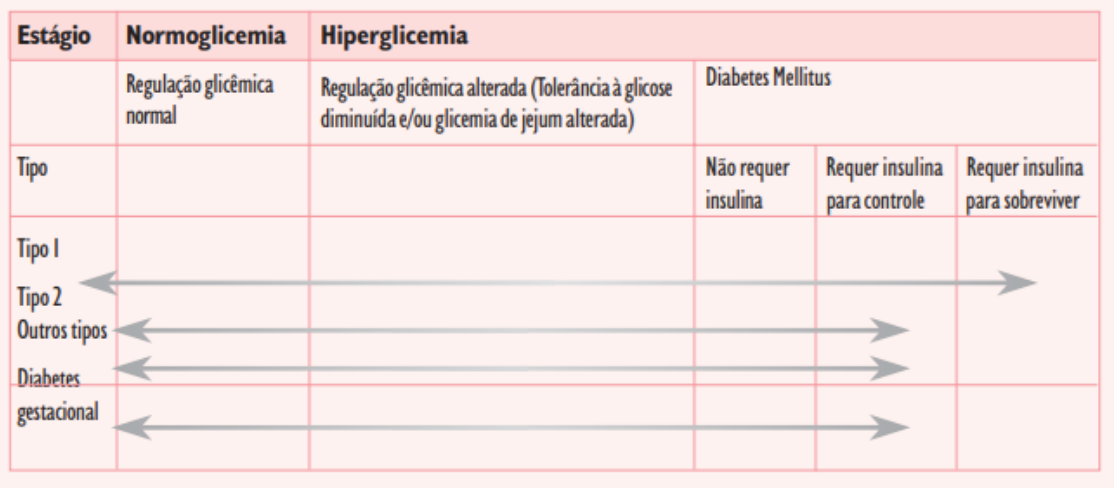


Figura 1. Estágios do desenvolvimento do diabetes.
Fonte: Ministério da Saúde.

Pela maior complexidade do cuidado, os pacientes com diagnóstico de diabetes tipo 1 são em geral acompanhados por especialista endocrinologista. O encaminhamento deve ser imediato, com o cuidado de evitar demora no atendimento, pois, eles apresentam risco elevado de descompensação metabólica. Já os pacientes com diabetes tipo 2 podem ser acompanhados pela equipe de saúde da AB.

Nesse sentido, importa considerar que em relação à atenção à saúde, a Constituição Federal de 1988 consagra a existência de competência administrativa comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23 , II, da CF), bem como prevê competência concorrente entre União e Estados/Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24 , XII , da CF), permitindo aos **Municípios suplementar a legislação federal e a estadual no que couber,** desde que haja interesse local (art. 30 , II , da CF); e prescrevendo ainda a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (art. 198 , CF , e art. 7º da Lei 8.080 /1990), com a consequente descentralização da execução de serviços de saúde (art. 6º , I , da Lei 8.080 /1990).

> Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:
> [...]
> II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

> Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:
> [...]
> XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;
>
> Art. 30. Compete aos Municípios:
> I - legislar sobre assuntos de interesse local;
> II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;
>
> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

> Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
> [...]
> IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
> a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
> b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990)

Sobre a capacitação dos profissionais que atuam no SUS, vale destacar os artigos 14, 27 e 30 da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e o

> Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.
> Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

> Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:
> I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;
> [...]

> IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).
> Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.
>
> Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

Ainda sobre o assunto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ressalta que:

> 5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA
> A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.
> Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:
> [...]
> XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.
> [...]
> A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a

> responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.
> Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

Além do exposto, o MS publicou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 1.996/2007 e a Portaria GM/MS nº 635/2023 que institui incentivo financeiro para qualificação da Atenção Básica. São normas que buscam a melhoria da qualidade da AB por meio de ações de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde.

Assim, pode-se dizer que a discussão do PLE 321/2025 deve se concentrar no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social da Câmara Municipal de Salvador e esse debate poderá contribuir para o fortalecimento do papel do legislativo soteropolitano na defesa do direito à saúde dos seus munícipes, bem como para o fortalecimento de um SUS efetivo e de qualidade na esfera municipal.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acima exposto, reforça que o tema é objeto de atenção do campo da saúde e, portanto, cabe a discussão prioritariamente no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social da Câmara Municipal de Salvador cuja atribuição, dentre outras, é de analisar as proposições legislativas que versem sobre políticas, programas e ações públicas de saúde, já que é por meio do SUS que o povo brasileiro exerce o direito à saúde no Brasil. Seja no âmbito federal, estadual ou municipal, o SUS é responsável pelo planejamento, execução e avaliação das ações de saúde no Brasil (controle de cânceres, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde da mulher, atenção à gestante (pré-natal, parto e puerpério), saúde da criança, atenção básica, rede cegonha, entre outras

tantas) e, portanto, é fundamental para a materialização do direito à saúde no Brasil, principalmente, em situações de maior vulnerabilidade, como no caso, do acometimento de doenças crônicas de elevada transcendência social[2] como é o caso do diabetes melitos.

[2]Refere-se à necessidade de ir além das necessidades individuais e focar nas necessidades coletivas da população, considerando múltiplos fatores sociais, econômicos, epidemiológicos e culturais para otimizar os serviços e melhorar a saúde pública (TANCREDI, 1998).

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

BAHIA. **Constituição do Estado da Bahia**, de 5 de outubro de 1989. Salvador: Assembleia Legislativa do Estado da Bahia, 1989.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n.º 16: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXII – Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as equipes de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 734, de 17 de janeiro de 2023**. Normatiza a atuação do enfermeiro nos cuidados e na educação à pessoa com Diabetes Mellitus. Brasília, DF: COFEN, 2023.

SALVADOR (BA). **Lei Orgânica do Município de Salvador**. Salvador: Câmara Municipal de Salvador, 1990.

SALVADOR (BA). Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022–2025**. Salvador: SMS, 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

TANCREDI, Francisco Bernardini. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2001.