

Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas

*Brazilian national health system's singular co-production mode:
obstacles and perspectives*

Gastão Wagner de Sousa Campos ¹

¹ Professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP).
gastaowagner@mpc.com.br

RESUMO *Este ensaio utiliza a metodologia denominada de 'modo de co-produção' para analisar a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Analisa-se a co-construção do SUS apoiando-se em elementos da tradição marxista e genealógica (momento diacrônico), tendo como referência algumas perguntas disparadoras e o padrão de funcionamento atual do sistema (momento sincrônico). O Dawson Report é considerado a matriz discursiva sobre a qual foram compostos os documentos de fundação do SUS. Identificam-se impasses estruturais e políticos na implementação desta política pública de saúde, apontando-se algumas linhas de desenvolvimento do sistema.*

PALAVRAS-CHAVE: *Sistema Único de Saúde; Política de Saúde, Co-produção.*

ABSTRACT *This essay uses a methodology called co-production, to analyse the Brazilian national health system. This method is composed by the genealogic and Marxist tradition (diachronic moment), based on questions about how the system works (synchronic moment). It was found that the Dawson Report is considered to be the foundational health system discursive matrix, in which documents of the Brazilian national healthy system were composed. Some structural and political obstacles were pointed, indicating some development strategies of the system.*

KEYWORDS: *National Health System; Health Policy; Co-production.*

INTRODUÇÃO

ABORDAGEM METODOLÓGICA: MODO DE CO-PRODUÇÃO

Há múltiplas taxonomias utilizadas para classificar a investigação em políticas públicas. A moda contemporânea parte de duas idéias: a pesquisa qualitativa e a quantitativa (BARROS; CECATTI; TURATO, 2005). Segundo alguns autores esta classificação indicaria distintas concepções epistemológicas; porém baseiam-se, principalmente, na diferença entre métodos para coleta e análise de informações. É importante ressaltar duas outras possíveis linhagens, as quais são diferenciadas não pela forma de recolher e de analisar evidências, mas pelas perguntas que procuram responder. Uma dessas formas trabalha com a maneira como funcionam políticas, sistemas, programas ou serviços; a outra utiliza o tema da história ou da genealogia, buscando compreender o modo como foram produzidas. A primeira tem um enfoque sincrônico, descreve o funcionamento; a outra tem abordagem diacrônica, busca explicar a origem e o desenvolvimento de uma dada política. Ambas modalidades recolhem evidências numéricas ou descritivas, objetivando a construção de textos e sua interpretação.

A primeira dessas vertentes, a mais utilizada no contemporâneo, e que busca responder à questão sobre 'como funciona' uma dada política, programa ou serviço, em geral, tem objetivos pragmáticos, ligados à governança dos sistemas. A obsessão contemporânea em avaliar insere-se dentro desta tendência. São utilizadas metodologias originárias da epidemiologia, estatística, sociologia funcionalista ou pensamento sistêmico para julgar programas e, até mesmo, a pertinência de determinadas políticas públicas. Em um curso ministrado em

1978, Michel Foucault (2008) apontou esta prática social como uma das características centrais do neoliberalismo, já que baseado em avaliação de resultados concretos, sem considerar fatores intervenientes no processo de produção do contexto avaliado, estas investigações serviriam como munição ideológica para desconstrução das políticas públicas e, para justificar com argumentos 'objetivos', o retorno ao mercado e a consolidação do denominado Estado mínimo preconizado por esta corrente política. Outros autores, ao contrário, têm apontado que esta compreensão interna sobre o funcionamento de serviços, programas e sistemas constroem conhecimentos com a possibilidade de, pela força do acúmulo de evidências empíricas, contribuir para o aperfeiçoamento paulatino das políticas públicas (HARTZ, 1999).

Grande parcela da produção da área de gestão e planejamento em saúde poderia ser enquadrada dentro desta modalidade de investigação, ainda que operando com distintos objetos de pesquisa e metodologias variadas. Alguns analisam o impacto dos modelos de atenção e programas; outros o processo de trabalho, resultados, etc., considerando que tanto Foucault quanto aqueles que buscam compreender como funciona tal ou qual política têm razão. Estas abordagens polares identificam elementos concretos decorrentes deste estilo de produção de conhecimento, ainda que apontem desdobramentos sociais distintos destas mesmas práticas científicas. Foucault ressalta efeitos nocivos deste tipo de abordagem e os preocupados com a governança demonstram sua utilidade pragmática. Discordo da suposição de que haveria metodologia mais adequada *a priori*, independentemente da hipótese, do objeto e dos objetivos definidos. Saber sobre o modo sincrônico como sistemas e modelos de intervenção operam tem valor de uso, conforme demonstra a série de investigação produzida nos últimos anos, ainda que não lhes deva ser atribuído a possibilidade de 'condenar' esta ou aquela alternativa política em 'geral', conforme criticava Foucault. Neste

caso estaria fazendo uso abusivo (ideológico) de um conhecimento produzido e esclarecedor apenas quando tomado em seu contexto.

Há, contudo, uma segunda vertente, não muito usual no terceiro milênio, às vezes até considerada como não sendo ciência, e que lida com outro tipo de interrogação, a saber: 'qual o modo como se produziu, e como seguiria se reproduzindo, tal ou qual política social ou de saúde?'. São pesquisas apoiadas em métodos históricos, como por exemplo, a obra seminal *O Capital*, de Karl Marx (1867; versão 1982) ou em alguma de outras múltiplas vertentes do marxismo.

No Brasil, durante a década de 1970 e 1980, grande parte da produção da área de saúde coletiva, apoiava-se nesta abordagem para analisar o campo da saúde (DONNANGELO, 1979; CORDEIRO, 1980). Além desta vertente houve investigações históricas influenciadas pela utilização do método genealógico, atribuído a Nietzsche (1992) e largamente empregada na saúde pelo filósofo Michel Foucault (1977; 2008).

O *Dilema Preventivista*, de Sérgio Arouca (2005), elaborado em 1974, foi um ensaio pioneiro de combinação epistemológica destas duas perspectivas históricas, consideradas por muito incompatíveis. Estas duas modalidades, apesar da diferença conceitual, valorizam a compreensão sobre a constituição de estruturas econômicas e políticas; dos discursos morais, ideológicos e científicos; do arcabouço jurídico e organizacional com ênfase no Estado e em instituições; e ainda buscam compreender a constituição da cultura e dos costumes. Alguns autores procuraram articular estes processos de construção à ação de sujeitos concretos, os denominados atores sociais ou sujeitos coletivos (MINAYO, 2001). Operam com alguns conceitos chaves como história, processo, modo de produção, estrutura, instituição, poder e micropoder, conflito, controle social, dominação, hegemonia, consenso, interesse, entre outros.

Uma perspectiva sincrônica e operativa e outra diacrônica e reflexiva ou crítica. Acredito que o desafio para o investigador do campo da política e da gestão estaria em combinar estas racionalidades conforme o objetivo e a pergunta disparadora de cada pesquisa. Acredita-se que as metodologias sintéticas destas racionalidades teriam o potencial de aproximar-se da tão decantada 'complexidade' do concreto.

A abordagem aqui denominada de análise do 'modo de co-produção singular' de um fenômeno social almeja realizar esta composição entre compreensão sincrônica e diacrônica. Assim, será analisada a co-construção do Sistema Único de Saúde (SUS) com elementos da tradição marxista e genealógica (momento diacrônico) tendo como referência (perguntas disparadoras) o padrão de funcionamento atual do sistema (momento sincrônico). O SUS será analisado como um constructo humano, ainda que condicionado pelo contexto histórico, também construído pelo ser humano, mas que tende a ganhar autonomia sobre os próprios sujeitos. No presente estudo, esta metodologia é denominada de análise do modo de co-produção singular de um dado fenômeno (CAMPOS, 2000). De forma a compreender a história para recompor criticamente a prática e para intervir na perspectiva do pesquisador, médico e do sanitário. Serão elaboradas algumas reflexões sobre a co-constituição do SUS analisando as relações entre a estrutura, o processo e os sujeitos, destacando alguns aspectos desta trajetória em função de impasses e de resultados positivos alcançados pelo próprio SUS.

ORIGEM DISCURSIVA E CULTURAL: ELEMENTOS DA GENEALOGIA DO SUS

Vinte anos de SUS. Como pensá-los? De uma perspectiva processual, meu espanto é saber sobre como

o SUS foi possível? No Brasil? E ainda no tempo áureo do neoliberalismo?

Sim, porque o SUS tem a marca genética do intervencionismo estatal sobre a dinâmica do mercado. É primo irmão dos sistemas socializados de saúde e sobrinho do estado de bem-estar social. Apesar de ser uma reforma social tardia por referência às políticas públicas europeias, os últimos sistemas nacionais de saúde de Portugal e da Espanha são dos anos de 1970, o SUS inspirou-se em ideologias e em uma racionalidade política, gerencial e de organização do trabalho desenvolvidas como alternativa às crises econômicas e sociais da primeira metade do século 20. O comunismo, a socialdemocracia e Keynes foram, a partir destas matrizes discursivas e apesar de suas diferenças, de onde se geraram algumas formas de intervenção social com vários elementos em comum: ampliação do Estado, planejamento e gestão de organizações e de sistemas com base em necessidades sociais e não na lógica competitiva do mercado, financiamento público e legião de servidores. Tudo isto para assegurar estabilidade política, ampliar o grau de bem-estar da cidadania, mediante o acesso a bens e serviços considerados essenciais à manutenção da vida (discurso solidário) ou, segundo alguns (perspectiva pragmática) para salvar o mercado de si mesmo (BOBBIO; 2000).

Considera-se que o *Dawson Report on the future provision of medical and allied services* (OPAS; 1964), elaborado em 1920 por um Conselho Consultivo composto por políticos e especialistas da Grã-Bretanha, poderia ser considerado o texto fundador da tradição das políticas públicas em saúde e dos sistemas nacionais. Este informe sugere reformas radicais e amplas referentes à saúde; nos planos da política, gestão e do modelo de atenção (teoria e prática sanitária). Em sua dimensão política introduz a noção do direito universal à saúde, admite a estatização do mercado médico hospitalar porque não atendia às necessidades da população e sugere

formas de financiamento público para estes sistemas. Inova bastante na organização, sugerindo uma nova engenharia para concretizar aquelas diretrizes. Pela primeira vez é utilizado o conceito de sistema (rede de serviços) para ordenar o cuidado, também há a invenção da atenção primária à saúde e da regionalização do atendimento com base em rede de serviços com vários níveis de complexidade, sempre interconectados. Por outro lado, este informe avança na crítica e em linhas de recomposição do paradigma médico tradicional. Naquele documento aparece ainda a recomendação da 'integração sanitária', que ocorreria mediante a fusão de saberes e de práticas da saúde pública e clínica. O relatório opera com uma concepção ampliada de intervenção sanitária, contemplando atenção individual, familiar e comunitária. Entre os profissionais listados para compor a equipe dos 'Centros de Saúde Primários' já aparecia o 'visitador sanitário', uma antecipação do nosso agente de saúde comunitário.

Se for feita uma comparação conceitual entre este informe e os documentos seminais do SUS, o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde e os textos legais, a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), será encontrada uma semelhança espantosa. Considera-se que a maioria das diretrizes do SUS tem origem e fundamentação naquele relatório e tradição. O direito à saúde; o dever do Estado e da sociedade com sua implementação; a organização do sistema com base em necessidades de saúde; a regionalização e a hierarquização da atenção segundo níveis e a idéia de 'comando único' da rede por território, foram retirados pelo SUS. Há, com certeza, inovações e reconstituição ampliada de alguns outros fundamentos. No campo das novidades a diretriz da descentralização/municipalização, um dos eixos ordenadores da constituição do sistema brasileiro e ausente na doutrina tradicional. Outra inovação foi a incorporação pelo SUS de recomendações do campo da democracia direta, quais sejam a gestão participativa

e o controle social da sociedade civil sobre o Estado, com a constituição de espaços coletivos, conferências e conselhos, com poder de deliberação e de fiscalização do executivo. A concepção ampliada sobre saúde, ainda que com menor precisão conceitual, já aparece no relatório Dawson; o mesmo pode-se constatar em relação à integralidade recomendada no SUS e apresentada no informe como a recomendação da 'integração sanitária', um conceito bastante inovador para a época, mas ainda mais restrito do que as várias acepções com que a integralidade tem sido tomada hoje em dia. Enfim, a análise comparativa destes documentos não deixa dúvida quanto à filiação do SUS.

BASE MATERIAL E SUBJETIVA PARA A CO-CONSTRUÇÃO DO SUS

Um dos elementos singulares sobre a criação e implantação do SUS e a consolidação de um novo pensamento sobre saúde, refere-se, exatamente, a grande influência que um segmento específico da sociedade civil, no caso o movimento sanitário, teve sobre esse processo. Foram seus integrantes, intelectuais e entidades, que elaboraram, em traços gerais, a política, as diretrizes e o modelo operacional do SUS (GERSCHMAN, 2004; NETO, 2003).

A base material sobre a qual se apoiaram estes sujeitos foi a existência de uma razoável rede de organizações públicas com existência prévia ao SUS: Fundação Oswaldo Cruz, Institutos de Saúde Pública, rede de laboratórios estaduais, Departamento de Medicina Preventiva e Faculdades de Saúde Pública em Universidades, e ainda experiências de medicina comunitária e de atenção básica em vários estados e no Ministério da Saúde (Fundação Nacional de Saúde). Observa-se que o Ministério da Previdência, especificamente no

Instituto de Assistência Médica (INAMPS), foi também um reservatório de quadros para o movimento sanitário, particularmente entre parte da burocracia encarregada de administrar a assistência médica aos previdenciários. Por outro lado é importante reconhecer que o INAMPS foi também parte da base material para a conservação do velho modelo dentro do novo sistema. O Brasil já contava, no momento da fundação do SUS, com políticas de previdência social, que incluíam a atenção médica e hospitalar. Ressalta-se que o Estado brasileiro vinha expandindo acesso dos trabalhadores registrados e de suas famílias mediante a criação de uma mistura singular entre público e privado, em que o Estado tanto prestava atenção direta quanto contratava organizações privadas. Inclusive, durante o período militar, houve vários projetos para financiar a expansão da rede privada. Isto compôs uma curiosa infra-estrutura (base material) para o nascente SUS: predomínio do estatal na atenção básica e de urgência e da iniciativa privada na atenção especializada e hospitalar (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Essa composição híbrida sustentou, ao longo dos últimos vinte anos, a constituição de sujeitos coletivos com discursos e práticas distintos. Por um lado, o SUS conservou e permitiu a reprodução da cultura liberal-privatista, de composição do público com o privado, com baixo grau de co-gestão ou mesmo de regulação destas relações. O Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado e de municípios não desenvolveram política e gestão hospitalar típicas dos sistemas nacionais. Em grande proporção, prosseguiram garantindo acesso por meio da compra de serviços especializados e hospitalares ao setor privado, realizando a forma mais primitiva de controle: auditorias de contas e de procedimentos *post factum*.

Ao mesmo tempo, contudo, esta ambigüidade permitiu o avanço do movimento sanitário após os eventos da fundação do SUS. Grande parte dos ativistas desse movimento era profissionais, pesquisadores, docentes ou

estudantes vinculados a alguma daquelas organizações da parte estatal do SUS.

Por que esse segmento da classe média fazia política, atuando para suas obrigações institucionais e de seus interesses corporativos? Esse movimento foi construído ainda durante os anos 1970 e 1980, segundo várias motivações e inúmeras vertentes políticas e teóricas. A luta pela saúde foi utilizada como tática para enfrentamento contra a ditadura, quando surgiu com força o lema que juntava 'saúde e democracia' (ESCOREL, 1999).

Genericamente, é possível afirmar que comunistas e socialdemocratas de diferentes matizes construíram um bloco político em torno do projeto SUS, valorizando a ação institucional, então denominada de 'entrismo', buscavam 'brechas' no Estado militar e contatos com políticos de oposição (Movimento Democrático Brasileiro – MDB) e com gestores dispostos a experimentar parte das recomendações do que viria a compor o SUS. Ainda durante os anos 1980 do século 20, segmentos deste movimento aproximaram-se de deputados constituintes e de gestores públicos, os influenciando quanto à legislação e ao ordenamento legal do sistema. A viabilidade política dessa iniciativa foi devida ao movimento buscar o envolvimento de políticos, partidos e autoridades institucionais com o projeto de reforma sanitária (NETO, 2003).

Ativistas da então considerada nova esquerda, ecologistas, católicos de base, críticos do comunismo tradicional, discordavam dessa estratégia por considerá-la inviável, a derrota da ditadura e as reformas sociais dependeriam da sociedade civil e da articulação de um sólido e amplo movimento social. Em virtude desta visão, envolveram-se, principalmente, com movimentos populares; educação em saúde e medicina comunitária; idas à periferia, deslocar-se de profissionais de classe média em direção ao povo. Tinham também objetivos políticos, entre eles a criação do Partido dos Trabalhadores (PT) e de outras organizações, mas envolveram-

se também com a saúde. Reforçaram a rede básica e experimentaram modelos de gestão democrática e de participação comunitária. Talvez a inclusão da diretriz da gestão participativa e do controle social tenha a ver com o ativismo e luta cultural deste segmento. Este tema mereceria investigação meticulosa e sistemática.

Com os anos, essa perspectiva 'instrumental' (um 'meio' para se fazer política contra a ditadura, quer junto ao povo e ou em instituições, sob o manto protetor da saúde) encontrou-se com agrupamentos da Universidade, técnicos de organismos internacionais e de instituições públicas. Essa fusão deu nova orientação às finalidades do movimento que conseguiu elaborar um programa comum apesar da variedade da origem, dos interesses e das escolas de pensamento dos seus membros. Este projeto de mudanças em comum para as políticas públicas de saúde era influenciado pela tradição dos sistemas nacionais. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1987 e 1988, podem ser considerados o cadinho que unificou todas estas tendências. Apesar desta confluência permaneceram divergências importantes quanto à estratégias e táticas para a reforma sanitária brasileira.

BASE MATERIAL E SUBJETIVA PARA CONSERVAÇÃO MODIFICADA DO VELHO MODELO E DA VELHA POLÍTICA DE SAÚDE: O PRIVADO CONTAMINA O PÚBLICO

Há um fato intrigante. Observou-se que após a constituição do SUS enquanto lei ocorreu um 'velamento' de sua origem nos sistemas socializados, um lapso de memória. Seguiu-se repetindo as grandes diretrizes do direito à saúde, universalidade e integralidade da atenção, mas não se comentou sobre o modo como dezenas de outros países vinham concretizando diretrizes

semelhantes. Em segundo plano, grande parte do conhecimento organizacional e sanitário foi desenvolvida pelos sistemas nacionais, como foi o caso da regionalização, da constituição de uma rede com comando único, das várias modalidades de serviços e de equipes.

Qual seria o modelo organizacional do novo sistema? Que política de pessoal deveria ser adotada para lograr os objetivos ambiciosos definidos na Constituição? Mesmo a ênfase na implantação de uma ampla rede de atenção primária, aqui, andou a passo lento e surgiu de modo distorcido. O Programa de Saúde da Família (PSF) somente apareceu em 1994 e surgiu como um 'programa vertical', sem normas para integrá-lo com o atendimento hospitalar e especializado. Os organogramas de grande parte das secretarias municipais, estaduais e do Ministério da Saúde ainda conservam departamentos separados para a atenção básica, hospitalar, de saúde mental, AIDS, etc.

Durante os primeiros anos de implantação do SUS privilegiaram-se o caminho da municipalização e o da construção de mecanismos para repasse de recursos, particularmente para o custeio da assistência. Criaram-se os Fundos de Saúde, Normas Operacionais, que transferiam recursos e responsabilidades assistenciais e de gestão a municípios e estados, contudo, apagaram-se as referências à constituição do sistema nacional. Não se constata a experiência dos países que trabalhavam com políticas muito semelhantes a nossa. Até mesmo a referência à origem da matriz discursiva do SUS tendeu a apagar-se. Verificou-se que grande parte de meus alunos acreditava que o Brasil inventara a portentosa engenharia organizacional do SUS. Este fenômeno mereceria investigação cuidadosa, porém trata-se de um fato facilmente constatável ao exame das portarias, programas e investigações desenvolvidos durante a década de 1990.

Raramente há supressão do passado, ele se recompõe dentro do novo, sendo modificado e alterando a

vocação de futuro radicalmente inovador do suposto novo total. Conforme foi relatado acima, a relação entre o público e o privado na área de saúde brasileira pode também ser considerada singular. Ao contrário de Portugal ou da Grã-Bretanha, aqui se optou por não se nacionalizar a rede privada e filantrópica de hospitais. Criou-se a modalidade de convênios e de contratos, que jamais evoluiu para contratos de gestão, dificultando a integração destes serviços ao SUS. Esta decisão atenuou em muito a oposição de médicos e empresários da saúde ao SUS. Não se observou no Brasil, ao contrário da maioria dos países em que se socializou a atenção à saúde, grande confronto entre a reforma sanitária e médicos, empresas médicas e de seguro saúde. Não houve imigração em massa de profissionais, ao contrário, importante corrente do movimento médico aliou-se aos defensores do SUS (CAMPOS, 1988). Entretanto, não enfrentar este dilema talvez explique grande parte da dificuldade do SUS em integrar a rede hospitalar à atenção básica e em articular redes regionais.

Há outro elemento importante a ser considerado nesta história de co-produção do SUS e que, provavelmente, esteja também relacionado com este esforço nacional de 'apagamento' da origem do SUS. Pois bem, o SUS foi criado e filiou-se a esta tradição no auge da crise do socialismo e das políticas públicas, no momento áureo da constituição de um discurso que defendia uma retomada do liberalismo. Michel Foucault (2008), em 1978, analisando este processo, com grande capacidade de antecipação, identificou que para esta nova racionalidade a grande e única 'política social' seria o próprio crescimento econômico. Comentava ainda que a experiência socialista não compusera uma 'nova arte de governar', uma vez que ou importara modelos de gestão do capitalismo, ou atualizara modos de operar originários da tradição autoritária dos estados absolutistas. Apesar de concordar com o autor, considero que a tradição sintetizada no informe Dawson, e desdobrada em várias

experiências sociais concretas seria uma exceção àquela tendência, já que, em saúde, seria desenvolvida uma 'governamentalidade' sofisticada, que combinava reformas de ordem política, gerencial e sanitária. Uma evidência empírica desta percepção esteja, talvez, na sobrevivência da quase totalidade dos sistemas socializados europeus à sanha privatizante dos últimos vinte anos. Apesar das dificuldades e falhas de desempenho, a cultura das políticas públicas de saúde ganhou legitimidade social e conseguiu se impor ao discurso dominante.

Pois bem, o SUS depende de uma arte sofisticada e inovadora de governar, pode-se afirmar, apesar dos oitenta e oito anos desde a publicação do informe. Como concretizar governança para este tipo de intervenção social em um país com forte história de resistência a reformas sociais populares, em um país com tradição de gestão patrimonialista do Estado e dos programas públicos?

Acredita-se que a construção de 'governança' para o SUS poderia ser considerada como um movimento estratégico, desde que 'governança' seja compreendida no sentido ampliado acima exposto. Isto é, como um desafio político, organizacional e epistemológico. Um desafio com elementos ainda desconhecidos, mas também com uma larga tradição para visitar, recuperar e reconstruir.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- BARROS, N.F.; CECATTI, J.G.; TURATO, E.R. *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas: Unicamp, 2006.
- BOBBIO, N. *Teoria Geral da Política: a filosofia política e as lições clássicas*. Tradução de Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.
- BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990: dispõe de condições para a promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
- _____. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.
- CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.
- SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- _____. *O Nascimento da Clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- HARTZ, Z.M. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: "cuisine internationale" over fast food and "sur mesure" over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 229-245, 1999.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Tradução de Regis Barbosa e Flávio Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MINAYO, M.C.S. Estrutura e Sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 7-20, 2001.

NETO, E.R. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

NIETZSCHE, F. *Genealogia da moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)Previdência social: sessenta anos de história da previdência social no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes, 1989.

OPAS/WHO. *Dawson Report on the future provision of medical and allied services*. Washington: Publicación Científica 93, 1964.

Recebido: Outubro/2008

Aprovado: Dezembro/2008