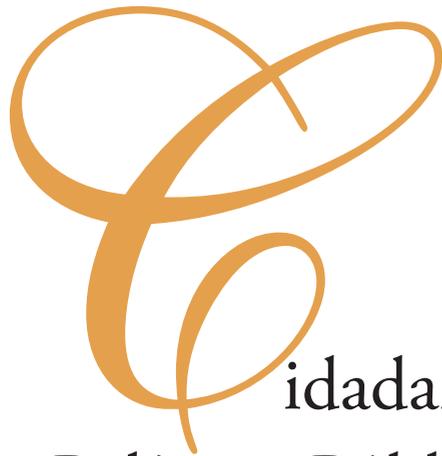


Sílvia Portugal
Paulo Henrique Martins
Organização



idania,
Políticas Públicas
e Redes Sociais

OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Introdução

Historicamente, a saúde começa a ser tratada como questão de Estado ainda no século XV, com foco no controle de doenças transmissíveis, epidemias e pestes. Uma postura típica de exclusão se transforma gradualmente em políticas públicas de cunho assistencial que se consolidam após a segunda guerra mundial com o advento do Estado do bem estar social. (Foucault, 1977).

Pode-se remarcar que as contribuições das ciências sociais para essa evolução remontam ao século XIX, no momento mesmo do nascimento da sociologia, pelas mãos de um dos pais das ciências sociais, Émile Durkheim, que introduz as questões de saúde na pauta de suas pesquisas, com o livro *O Suicídio* (1879), na sequência dos estudos epidemiológicos de Louis René Villermé (1782-1863) sobre morbidade e mortalidade infantil e sobre o estado físico e moral dos operários têxteis (Nunes, 2003). Nos Estados Unidos e na Inglaterra, a pesquisa social em saúde toma corpo após a segunda guerra mundial, com as perspectivas funcionalista (Talcott Parsons) e interacionista (Charles Wright Mills), para se expandir em uma grande diversidade de métodos empíricos e normativos fundamentalmente comprometidos com uma perspectiva gerencial das funções médicas, e menos com as questões dos pacientes e das políticas públicas. Na França essas contribuições se fazem sob influência dos trabalhos de Michel Foucault (*Doença Mental e Psicológica*, 1997 e *O Nascimento da Clínica*, 2000). Diferentemente dos americanos, os franceses mantêm um enfoque mais teórico do que empírico, em prejuízo de uma evolução mais objetiva das políticas de saúde.

No Brasil, o Primeiro Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, em 1995, marca o engajamento definitivo da sociologia com as questões de saúde, consolidando uma tendência dos anos 80 de superar os limites dos métodos quantitativos como instrumento de avaliação dos serviços de saúde e impor um paradigma humanizante (Abrasco, 2005). Essa nova perspectiva qualitativa e dialética da pesquisa social em saúde procura analisar a cultura institucional e a prática dos agentes, inclusive a dos movimentos sociais e da conjuntura histórica, como sujeitos sociais ativos (Deslandes, 1997).

Muito antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), numa ampla revisão da bibliografia internacional sobre a questão, Araújo (1975) destaca uma relação direta entre saúde e desenvolvimento econômico, ressaltando, com a linguagem dos modelos econômicos, a importância da aplicação prática deste tipo de análise na elaboração de políticas e no processo de tomada de decisões planejadas. Como para esse autor não haviam ficado

claras as evidências das contribuições da saúde para o desenvolvimento da economia, ele alerta para o risco do setor de saúde ficar marginalizado na competição de recursos escassos, perdendo espaço, inclusive nas políticas públicas, para aqueles setores que se demonstrassem economicamente mais consequentes para as prioridades desenvolvimentistas.

De fato, esse alerta não era desprovido de razão. Já na década de 90, no início do declínio do Estado do bem estar social, a lógica neoliberal que passa a comandar as políticas públicas, tanto na Europa Ocidental quanto na América do Norte, tende a reduzir o papel do Estado nas atividades previdenciárias e na saúde, evidenciando três questões de ordem estrutural. A primeira tem a ver com a coorte demográfica, considerando o envelhecimento progressivo e a redução da população economicamente ativa, associada à degradação quantitativa e qualitativa do emprego; a segunda diz respeito à perda da capacidade do Estado de financiar as prestações do sistema de saúde e de outros direitos sociais que foram conquistas da sociedade civil assumidas pelas instituições do Estado do bem estar social; a terceira está associada ao nível crescente de complexidade e de custos dos serviços médicos, com tecnologias cada dia mais sofisticadas e mais caras, que passam a incorporar novas demandas de um público cada dia mais informado e mais exigente (Silva, 2003). Essas são questões pendentes em todo o mundo, inclusive nos países desenvolvidos.

Um novo paradigma

Até a constituição de 1988, o sistema de saúde no Brasil se caracterizava pela ineficiência, pela precariedade dos serviços e pela falta de financiamento das estruturas operacionais, dos quadros profissionais e de suas competências. Essa situação era agravada pela centralização dos recursos da previdência social nas organizações federais ligadas ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Apesar do orçamento ser centralizado, operacionalmente o sistema de saúde se assentava desordenadamente em estruturas federais, estaduais e municipais que funcionavam sem sintonia e com uma grande desarticulação funcional, cada um fazia o que podia, com superposições e vazios. A demanda se orientava prioritariamente para unidades de saúde de maior complexidade e de maior notoriedade. A desarticulação institucional se expressava ainda na falta de controle político, social e financeiro, o que contribuía ainda mais para comprometer a efetividade dos serviços de saúde.

Criado pela constituição de 1988, em decorrência das lutas sociais pela reforma sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve como princípios fundadores a universalidade, a equidade e a integralidade dos serviços de saúde, incluídos na Constituição de 1988 como direito de todos e dever do Estado. Rompendo conceitualmente com os modelos centrados sobre os paradigmas de saúde-doença, a descentralização das ações primárias de saúde para a esfera municipal representou uma estratégia de articulação dos esforços institucionais nos diversos níveis da federação, com controle social se expressavam nos conselhos gestores e nas conferências de saúde.

O Programa de Saúde na Família permitiria o desenvolvimento de ações preventivas de saúde e um sistema de atendimento imediato para procedimentos de baixa complexidade, estabelecendo critérios de triagem e encaminhamento dos problemas de média e alta complexidade para os núcleos especializados. O modelo estava bem concebido e da sua implementação resultou uma melhora substancial da saúde pública, em particular para as populações mais pobres, antes relegadas a filas quilométricas e ao mau atendimento.

Pesquisa realizada pelo IBOPE¹, em todo o País, mostra que o atendimento nas unidades públicas de saúde é considerado como bom ou ótimo por 83% dos usuários, mas 74% dos entrevistados afirmam que, se tivessem oportunidade, procurariam serviços particulares. O índice é mais elevado entre os usuários com mais de cinquenta anos e entre os que têm até o curso primário completo.

Apesar da clareza das intenções e da montagem institucional dos modelos de atendimento desde os anos 90, a diferença entre a concepção do modelo e sua aplicação prática chama a atenção de analistas como Elias (2004) para quem, depois de dez anos de implantação do SUS, “a atenção à saúde continua sendo operacionalizada através de um sistema segmentado e desarticulado”, sofrendo ainda dos mesmos males que justificaram a sua criação. Para esse autor, o SUS, diante da grande exclusão social, dos interesses privados e da tecno-burocracia se caracteriza como um sistema segmentado e seletivo, universalizando uma assistência básica nivelada por baixo, como um *apartheid* social na saúde.

Segundo informações do DATASUS, em abril de 2006 estavam cadastrados como usuárias do SUS cerca de 27,5 milhões de famílias, ou seja, mais de 70% das famílias brasileiras. Para Silva (2003) pesquisa realizada pelo IBOPE em 1998, sob demanda da Fundação Nacional de Saúde, a “cobertura real do SUS pode ser ainda menor do que os estimados 99 milhões de brasileiros”, 28% dos quais usariam exclusivamente os serviços públicos de saúde. Ele argumenta que existem indícios evidentes de que uma parte significativa das populações mais carentes, com menor renda, menor escolaridade, vivendo em áreas mais remotas, não teria acesso ao sistema público de saúde, sobretudo aos serviços de maior complexidade.

O orçamento é um dos limites maiores para o aperfeiçoamento e a expansão do sistema de saúde pública no Brasil. Segundo o Relatório sobre a Saúde 2006, da OMS, o setor público brasileiro despende cerca de US\$ 270 anuais per capita (a valores do câmbio internacional), o que representa cerca de 36,5 bilhões de reais no orçamento da União em 2005. Observe-se que a saúde é a rubrica mais elevada das despesas da União, duas vezes superior ao valor reservado à educação.

Mesmo reconhecendo os limites orçamentários, tudo indica que para o aperfeiçoamento do SUS e em particular de programas como o PSF, não dependem apenas de mais recursos orçamentários. Em primeiro lugar, é preciso reconhecer que o modelo de atendimento traçado pelo novo paradigma de saúde, pautado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, passa necessariamente pela interação nas comunidades e pela forma como se constituíram sujeitos coletivos com uma consciência crítica da sua própria realidade e sua relação, enquanto sociedade civil, com o Estado e com seus agentes de campo.

Os resultados de uma pesquisa sobre “Redes Sociais e Saúde” que estamos desenvolvendo com financiamento do CNPq indicam que, apesar dos avanços que o SUS representa em relação aos modelos anteriores de saúde pública no Brasil, ainda há muito que se aperfeiçoar. Já temos indícios claros, por exemplo, que além das questões orçamentárias e organizacionais que limitam os serviços prestados, a organização familiar e comunitária pode repercutir diretamente sobre a qualidade da saúde dessas populações *SUS-dependentes*.

Um dos pontos críticos apontados é a limitação da abordagem familiar. Apesar do compromisso com a família já aparecer expresso no próprio nome de um dos programas prioritários do sistema de saúde, Programa de Saúde da Família, não existe uma prática efetiva de

¹ Na seção: Opinião Pública – Área: Análises e Índices\2000. Data de publicação: 01/05/2000 (IBOPE, 2000).

atendimento direcionado integralmente para a família. As equipes médicas trabalham sob pressão da demanda em atendimento individualizado. O foco central do que poderia ser mais próximo de um atendimento familiar se restringe, na maioria dos casos, ao acompanhamento materno-infantil, quase sempre no posto de saúde. A capacidade de trabalho das equipes praticamente se esgota consultas ambulatoriais. Além da falta de tempo, observa-se deficiência de formação e de vocação para uma medicina social.

Nesse contexto seria oportuno lembrar que nos ambientes mais pobres, nos rincões mais remotos, antes da medicina chegar com o seu saber especializado, é na família e na comunidade que se encontram os fundamentos tradicionais dos cuidados com a saúde das populações economicamente excluídas. O saber popular depositado em *rezadeiras* e *pais e mães de santo*, por mais precário que seja, e a solidariedade dos parentescos e compadrios constituem a base do “sistema de saúde” popular. Na prática, no entanto, em vez de reforçar os modelos de solidariedade existentes a institucionalização do SUS termina reforçando relações de dependência que associam, de um lado, deficiências educacionais, insuficiências de renda, precariedade do habitat, insegurança alimentar e, do outro, um sistema de saúde com limitações estruturais, problemas de qualificação e vocações profissionais.

Os determinantes sociais em saúde

A temática dos determinantes sociais surge no âmbito da Organização Mundial de Saúde em 2005 e no Brasil em 2006. Documento apresentado no lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Brasil, em março de 2006, ressalta que “as iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias”. Este mesmo documento lembra “que o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui”.

Segundo o *Jornal da Ciência* (e-mail 3023, de 25 de Maio de 2006), os objetivos dessas comissões têm como foco central a formulação de políticas públicas que considerem os determinantes sociais em saúde como base para um amplo debate social que possa selar compromissos de médio e longo prazo com vistas a incorporar as desigualdades em saúde como tema central da agenda política. No Brasil, a pauta prioritária da Comissão visa a introduzir indicadores sócio-demográficos nos sistemas de informação oficiais da saúde, de forma a permitir o monitoramento das desigualdades sociais em saúde, tornando essa questão como um dos pontos-chaves do debate sobre saúde pública e na formação dos profissionais, inclusive com incentivo à pesquisa científica.

De fato, o foco nos determinantes sociais remete a uma análise crítica das políticas públicas de saúde que se limitam aos aspectos médicos e sanitários, sem uma maior atenção para as questões de âmbito social, econômico e político das populações e, em particular, do envolvimento das famílias e das comunidades.

As correlações entre as condições de iniquidades sociais e a saúde das populações foram estudadas por muitos autores. Szwarcwald (2005) constata que vários estudos epidemiológicos têm estabelecido correlações entre as desigualdades de saúde das populações e fatores sociais e econômicos como renda, ocupação, educação, habitação, ambiente determinante das condições de vida. Para essa autora,

“Consensualmente, estes estudos mostram que a saúde da população apresenta forte gradiente social que se reproduz nos mais diferentes países, independentemente da natureza, abrangência, eficácia e eficiência dos respectivos sistemas de saúde. Invariavelmente desfavorável aos grupos socialmente menos privilegiados, a falta de equidade social no âmbito da saúde manifesta-se tanto nos diferenciais encontrados nas taxas de morbi-mortalidade como no adocimento mais precoce das camadas menos favorecidas.”

Para Nunes (2003), existe certo consenso quanto ao caráter moral e de justiça social das políticas de equidade que visam reduzir a influência das diferenças sociais sobre as condições de saúde das populações mais pobres, sujeitas a condições de vida e de trabalho estressantes e com dificuldades de acessos aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes daqueles recursos.

No estudo sobre desigualdades de renda e condição de saúde, Szwarcwald (2005) considera como indicadores o coeficiente de mortalidade infantil; a taxa de mortalidade padronizada por idade; a esperança de vida ao nascer e a taxa de homicídios. Como indicadores de distribuição de renda, usa o índice Gini; o índice de Robin-Hood (transferência de renda dos mais ricos para os mais pobres para atingir a equidade); a relação entre a renda dos 10% mais ricos e dos 40% mais pobres. Neste estudo ela utiliza ainda outros indicadores sócio-demográficos como a taxa de analfabetismo; o índice de pobreza (renda domiciliar abaixo de 1 salário mínimo), renda média das famílias; densidade demográfica; densidade da população favelada.

Giatti & Barreto (2006) revelam que, no Brasil, a precariedade da posição dos indivíduos no mercado de trabalho resulta em condições de iniquidades de saúde, justificando a inclusão desse indicador social como um dos importantes determinantes de saúde.

Por seu lado, Faerstein, Chor & Lopes (2005) desenvolveram um estudo com foco nas condições sócio-econômicas de origem e destino, gênero, raça/etnia e de outras dimensões da vida social como mobilidade geográfica e social, experiência de discriminação, estresse no trabalho, padrões de rede de apoio social e sua relação com situações de morbidade como a obesidade, a hipertensão, acidentes, transtornos mentais. Depois compararam essas condições com os comportamentos relacionados aos cuidados de saúde, como a prática de atividades físicas, os padrões de dieta e tabagismo e com a utilização de procedimentos, serviços e medicamentos.

A conclusão de todos esses autores é que as questões de saúde precisam ser analisadas e tratadas numa perspectiva multifatorial, articulando indicadores de morbidade e mortalidade a outros indicadores sócio-econômicos e comportamentais. Estudos que associem análises estatísticas a estudos qualitativos, sem perder de vista os aspectos subjetivos envolvidos.

O caráter político dos determinantes sociais

É importante associar aos indicadores típicos das condições sócio-econômicas e comportamentais, outros indicadores de caráter político. De fato, nossas análises indicam que o posicionamento das populações no quadro político e, em particular, sua condição de influenciar as decisões institucionais, tem uma correlação direta com o acesso e a qualidade dos serviços de saúde; quanto mais isoladas elas estiverem no quadro político, quanto menos capital social elas controlem, piores são as suas condições de saúde (Matos, 2006).

Neste sentido há que se investir em estudos com foco na constituição de sujeitos coletivos nas comunidades, como unidades auto-reguladas, exprimindo-se pelo reconhecimento recíproco e por sentimento de inclusão, que se caracteriza pelo uso da primeira pessoa do plural, “nós”, foi desenvolvido por Barus-Michel (1987: 27),

[...] ao contrário do sujeito individual, o sujeito social não se define a partir de um substrato orgânico que lhe garantiria a integridade. É apenas uma organização, uma unidade postulada, construída, que pretende se garantir a si mesma, para estabelecer a lei que especifica o social.

Nesta perspectiva, a análise das condições de saúde de uma população extrapola os indicadores sociais típicos de renda, educação e qualidade de vida, para assumir um caráter mais amplo onde se incluem, em particular, as questões políticas e o acesso dos sujeitos coletivos aos dispositivos de poder que decidem sobre as políticas e sobre os processos operacionais dos programas de saúde.

Embora esteja na base na concepção do novo modelo de saúde definido com o SUS, essa condição de autonomia política da gestão do sistema não parece ter sido resolvida com a implementação dos espaços institucionais de controle da sociedade sobre as políticas de saúde. De fato, os conselhos de saúde no âmbito do SUS, não se demonstram efetivos como dispositivo de decisão nas instâncias da União, dos Estados e municípios. A concepção dos programas, as prioridades e as alocações orçamentárias continuam sendo decididas nos escalões dos ministérios e secretarias governamentais.

Para Cortes (2002) a democratização da gestão dos sistemas de saúde pública é limitada pela morosidade da descentralização do SUS para o nível municipal, onde as estruturas de gestão parecem mais permeáveis à pressão social. Por outro lado, Ribeiro (1997) afirma que, apesar dos Conselhos terem sido constituídos sob pressão popular, não se pode desconhecer o papel dominante do Estado na definição dos espaços de participação e do *status* de representação dos grupos de interesse e da própria agenda política dos conselhos gestores. Na prática, os conselhos interferem, sobretudo, no plano operacional, ora nas decisões para priorizar a aplicação dos recursos orçamentários; ora na geração de informações da comunidade, úteis ao controle social. Uma participação limitada que, mesmo tendo o seu lado positivo, não pode ser considerada como uma mudança significativa para a evolução da democracia no País.

Pelo que estamos podendo constatar nas nossas pesquisas atuais, a democratização da gestão do sistema de saúde e, sobretudo o desejável controle social, não nos parecem tão evidentes. A falta de representatividade e de qualificação dos conselheiros (exigindo constantes programas de capacitação); o corporativismo dos trabalhadores e o poder diferenciado dos gestores nas decisões estratégicas e na alocação de recursos criam um ambiente muito pouco favorável ao exercício da democracia.

Mas essa não é uma coisa nova nas políticas sociais. Para Gohn (2000), o surgimento dos conselhos na gestão pública ou em coletivos da sociedade civil é tão antigo quanto a democracia representativa, remontando ao período medieval. Evoluíram na história e foram tratados diferentemente, ora como instrumentos de colaboração na filosofia liberal, ora como dispositivos políticos para impor a vontade popular pelas esquerdas. Para Hannah Arendt (*apud* Gohn, 2000), os conselhos consistiriam na única forma política para o exercício de um governo que tenha como princípio a participação e a cidadania. Dessa forma, as fragilidades desses processos de representatividade da população estariam afetando a efeti-

vidade da cidadania em saúde para os segmentos sociais mais desfavorecidos da população. Um aspecto digno de referência das nossas observações sobre essa questão é que, enquanto as vanguardas, militância política e a classe média esclarecida enaltecem os processos participativos em conselhos e conferências como condição de democracia, a maioria da população parece não valorizar tanto esses mecanismos de participação; uma resistência passiva de descrédito num sistema institucional onde a política se submete ao domínio da economia; onde a cidadania padece sob a discriminação social, enquanto o desemprego e a violência institucional fazem parte do dia a dia, sem nenhuma perspectiva de mudança substantiva.

A participação social apontada como um dos fatores de democratização da saúde termina sendo comprometida pelas dificuldades de expressão política de uma população com precariedade de organização e que se deixa representar sem estabelecer uma vontade política expressa em compromissos coletivos minimamente efetivos.

A organização política da população

Em um texto anterior, procurei analisar esse processo de organização social fazendo a distinção entre três níveis complementares que integram as dimensões macro e micro sem escamotear as diferenças e contradições dialéticas entre a sociedade como um todo e as instâncias que constituem a base da análise (Matos, 2003). A distinção que fiz entre a organização de massas, a organização político-institucional e a organização de base, nessa pesquisa, corresponde a um investimento mais determinado na organização de base, onde espero encontrar as referências de construção de uma democracia da saúde. Sem desprezar as formas de organização institucional e de massa, penso que é no plano da base da sociedade, no plano comunitário das relações entre conhecidos que se pode constituir uma instância de organização política para trabalhar questões mais diretamente ligadas à operação de sistemas como o SUS que afetam diretamente as pessoas, as famílias e os grupos sociais mais definidos.

É justamente nesse nível de organização comunitária, onde a consciência coletiva pode superar o “senso comum” (Gramsci, 1986), com uma análise crítica da realidade, uma postura política que se compreende o espaço do sujeito e do objeto numa práxis comprometida com a autonomia e a redução da alienação dos atores sociais diante das estruturas de poder dominantes. Práxis que Castoriadis (1975), compreende como “o fazer, onde o outro ou os outros são vistos como seres autônomos e considerados como agente essencial do desenvolvimento de sua própria autonomia”. O objeto das políticas públicas assumindo, ao mesmo tempo, a posição de sujeito de sua própria história, provocando uma nova ruptura na construção social.

Para abordar essa questão do ponto de vista das populações envolvidas, o foco nos sujeitos coletivos exige um referencial teórico e operacional centrado sobre os processos de organização da população. Nesse sentido, parece útil trabalhar as condições em que os grupos comunitários se articulam para ações coletivas; em que bases constituem suas referências de coesão; qual a consistência e a sustentabilidade das suas posições de poder.

Proponho, para essas análises, o conceito de organizador social que utilizei em estudos sobre comunidades (Matos, 2004) para compreender os processos internos da organização dos grupos sociais, cuja diversidade aparece de maneira mais ou menos generalizada como dispositivos *instrumentais*, com a predominância da racionalidade; como dispositivos

simbólicos, respaldando sentimentos de pertencimento; como dispositivos *imaginários*, enquanto processos inconscientes de identificação coletiva.

Cada um desses dispositivos se constitui como *organizadores sociais* com características e funções próprias e aparecem em momentos precisos respondendo pela articulação coletiva nas relações internas da comunidade e nas relações da comunidade com os agentes externos. Nossas análises demonstraram que esses diversos organizadores coexistem simultaneamente num mesmo espaço comunitário, reforçando-se ou contrapondo-se com maior ou menor efetividade e eficiência operativa. Na prática, apesar dos aspectos contraditórios em muitas situações, esses organizadores traduzem estratégias articuladas que explicam a evolução das lutas sociais, da organização comunitária, das relações com as instituições públicas e suas políticas, nas relações com a sociedade civil.

O nosso interesse particular nesses organizadores para o estudo dos determinantes sociais de saúde reside nas possibilidades concretas de estabelecer correlações entre as estruturas de poder da organização coletiva da comunidade, as condições de acesso ao sistema de saúde e a capacidade de transformação que essa comunidade passa a deter para produzir mudanças na situação de outros organizadores sociais que determinam suas condições de vida e sua saúde. Esses determinantes políticos estariam assim numa linha diferenciada de determinação, podendo influenciar diretamente outros determinantes sociais de saúde. Seriam assim determinantes sociais de segundo nível.

O cuidado com esses determinantes políticos se justifica porque, na situação brasileira, as fragilidades da uma democracia erigida sob as assimetrias sociais não deixa muitas esperanças aos que acreditam no futuro de instituições como o SUS. Sem contestar essas desconfianças perante o ufanismo vazio da classe política que alimenta projetos de poder, há que se ir além da desesperança, à cata de uma análise mais acurada que permita fundar projetos mais animadores. Há que se interrogar sobre os limites da organização social e sobre o seu poder de transformação; em última instância, sua vocação revolucionária.

O olhar para os determinantes políticos através dos organizadores sociais se associa à análise da coesão política dos grupos comunitários diante das condições de iniquidades sociais e, em particular, das condições de atendimento oferecidas pelo sistema de saúde. Considerando que a vontade político-institucional expressa na constituição de um sistema de saúde pautado por princípios democráticos parece insuficiente para garantir sua implementação de maneira coerente, a vontade da população precisa se expressar de maneira mais peremptória e decisiva. Em outras palavras, a participação social precisa ser ordenada a partir da base comunitária como dispositivo político transformador que permita superar os limites da democracia representativa e os desvios da democracia participativa.

Investir no desenvolvimento político das comunidades organizadas com autonomia local parece ser assim um caminho incontornável para implementação de um novo modelo de saúde pautado na universalidade, na equidade e na complementaridade, como pretendiam os que imaginaram e conceberam o Sistema Único de Saúde no Brasil.

Referências Bibliográficas

- ABRASCO – *Boletim 95. III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*. Ano XXI, Dezembro 2005.
- ARAUJO, José Duarte de – “Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema”. *Revista de Saúde Pública*. vol.9, nº 4, 1975, pp.515-528.
- BANCO MUNDIAL – *Relatório Desigualdade na América Latina e no Caribe “Rompendo com a história”*, 2003.
- BANCO MUNDIAL – *World development report 2006 - Equity and Developmen*, 2006.
- BARUS-MICHEL, Jacqueline – *Le Sujet Social. Étude de Psychologie Sociale Clinique*. Paris: Dunod, 1987.
- CASTORIADIS, Cornélius – *L’Institution Imaginaire de la Société*. Paris: Éditions du Seuil, 1975.
- CORTES, Soraya Maria Vargas – “Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde”. *Sociologias*, nº 7, 2002, pp.18-49.
- DESLANDES, Suely Ferreira – “Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde”, *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (1), 1997, pp. 103-107.
- ELIAS, Paulo Eduardo – “Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo”. *São Paulo Perspectivas*. Vol. 18, nº 3, 2004, pp. 41-46.
- FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dora; LOPES, Claudia de Souza *et al.* – “Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos”. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. vol.8, nº 4, 2005, pp. 454-466.
- FOUCAULT, Michel – *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria – “Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil”. *Revista de Saúde Pública*, vol.40, nº1, 2006, pp.99-106.
- GOHN, Maria da Glória – O papel dos conselhos gestores na gestão urbana. *En publicacion: Repensando la experiencia urbana de América Latina: cuestiones, conceptos y valores*. Ana Clara Torres Ribeiro. CLACSO. 2000. ISBN: 950-9231-52-5 Acesso: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/urbano/gohn.pdf>
- GRAMSCI, Antonio – *Concepção Dialética da História*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.
- IBOPE – *Promoção da saúde: pesquisa de opinião pública*. São Paulo: IBOPE, 2000.
- MATOS, Aécio Gomes de – “Participação e democracia”. In MARTINS, Paulo Henrique ; FONTES, Breno. *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006.
- MATOS, Aécio Gomes de – *Organização social de base: reflexões sobre significados e métodos*. Brasília: Editora Aboré, 2003.
- MATOS, Aécio Gomes de – “Organizadores sociais: Algumas referências conceituais para análise das organizações sociais”. *Revista Estudos de Sociologia*. Vol. 10, nº 1/2, 2004, pp. 123-153.
- NUNES, Everardo Duarte – “A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral”. *Ciência saúde coletiva*. nº 1, 2003, pp.79-95.
- RIBEIRO, José Mendes – “Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.13, nº 1, 1997.
- SILVA, Pedro Luiz Barros – “Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década”. *São Paulo Perspectivas*. vol.17, nº 1, 2003, pp.69-85.
- SZWARCWALD, Célia Landmann; LEAL, Maria do Carmo; GOUVEIA, Giselle Camposana *et al.* (2005) “Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003”. *Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil*. Vol. 5, supl.1, 2005, pp.s11-s22.