



A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

Maria Lúcia Silva Lopes *

Márcio José de Almeida **

Resumo

Como forma de enfatizar a importância e facilitar a compreensão dos conselhos de saúde, este artigo faz uma retrospectiva histórica da participação social em saúde no Brasil. Inicia-se pela década de 20 com o surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) chegando-se aos anos 90, com o Sistema Único de Saúde (SUS) suas Leis orgânicas e normas operacionais.

Palavras-Chave: Participação Popular; Controle Social; Conselhos de Saúde.

Abstract

As a way of emphasizing the importance and facilitating the understanding of the Health Councils, this article presents a historical retrospect of the people's participation in the area of health in Brazil. It starts in the 1920s with the rising of the Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs (Retirement and Pension Funds), going up to the 1990s, with the Sistema Único de Saúde - SUS (Health System), their organic laws and operational norms.

Key-Words: People's Participation; Social Control; Health Councils.

Introdução

Na década de 90, tornou-se prática constante no país a formação dos conselhos de saúde com a participação de atores vinculados a vários setores da sociedade e do governo. Ganhou força a tendência de associar a democracia com a participação popular, como um caminho para a busca de uma sociedade mais justa.

Para melhor compreensão desse período mais recente, realizou-se uma breve retrospectiva histórica das várias etapas da participação social em saúde no Brasil. Para tanto considerou-se que a atual forma de organização dos serviços de saúde, bem como da evolução dos diferentes órgãos colegiados de participação, tiveram seu início em 1923, com a implantação da Lei Eloy Chaves.

Após intensa mobilização popular, chega-se à criação de um Sistema Único de Saúde, que com suas Leis orgânicas e normas operacionais garante, ao menos legalmente, a participação da população nos processos decisórios da área.

*Enfermeira.

Mestre em Saúde Coletiva.

Docente do Departamento de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Londrina.

** Médico.

Doutor em Saúde Coletiva.

Docente da Universidade Estadual de Londrina.



A Participação Social nas Décadas de 20 e 30

Com a proposta de se realizar um estudo histórico sobre o envolvimento da população no setor de saúde nacional, optou-se como marco inicial, como dito anteriormente, pelo ano de 1923, com a legalização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) pela Lei Eloy Chaves.

Vale ressaltar que essa forma de organização das empresas favoreceram principalmente as classes trabalhadoras mais reivindicativas e organizadas, dentre elas os marítimos, ferroviários e transportadores. Os serviços solicitados e oferecidos aos integrantes e seus familiares eram de caráter curativo, voltados para a manutenção da capacidade de produção dos associados.

Sendo as CAPs de natureza exclusivamente civil, os trabalhadores participavam dos "Conselhos de Administração das Caixas" formados por três representantes da empresa e dois representantes dos trabalhadores, eleitos diretamente a cada três anos. Os presidentes desses Conselhos eram escolhidos por seus pares. Segundo OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989, p. 31),

... a partir de 1931 qualquer membro do conselho poderia inscrever-se a presidente e ser votado pelos demais. Nessa posição não dispunha ele de qualquer poder especial, nem exercia qualquer função distinta de seus pares. Tratava-se apenas de um coordenador do órgão colegiado e que, a partir de 1926, tinha direito ao voto de desempate.

O poder público apenas impusera por lei a obrigatoriedade da sua criação em alguns setores, mas se mantinha à distância no que se refere a administração e à gestão financeira, interferindo somente em casos de problemas entre as Caixas e os segurados.

A década de 30 foi marcada pelo processo de industrialização que, entre outras conseqüências, ampliou o número de trabalhadores na zona urbana e, conseqüentemente, a incidência de problemas relacionados à saúde individual e coletiva. Surgem então os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que organizavam os trabalhadores por categoria profissional e inauguravam a participação do estado na sua administração, mantendo a mesma proposta assistencial das CAPs.

Nessa fase, a participação dos trabalhadores, bem como dos empregadores, foi rebaixada a um papel secundário de assessoria ou de fiscalização "a posteriori" dos atos dos Presidentes. A eles sim, agora escolhidos pelo Presidente da República e não mais por voto direto, cabia a tarefa de dirigente da instituição. OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989, p. 121) argumentam que

... agora cabia ao Presidente o exercício da administração cotidiana do Instituto, assim como a iniciativa nas questões orçamentárias, de pessoal, de investimentos etc. Ao conselho, que se reunia apenas periodicamente, cabia assessorar e julgar os atos da Presidência.



A trajetória popular nos anos 60 e 70.

A consolidação do modelo médico privatista desenvolvido pelos IAPs ocorreu em 1966 com a unificação dos mesmos e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Respalado por uma política geral opressora, o controle e o gerenciamento das ações de saúde passaram a ser totalmente centralizados e a participação dos trabalhadores foi extinta. O momento repressivo marcado pela ditadura militar levou à criação de um sistema de saúde assistencialista, centralizado, curativista, autoritário onde, entre outras coisas, utilizou parte das reservas financeiras do sistema previdenciário em obras de infra-estrutura como a ponte Rio-Niterói, a rodovia Belém-Brasília e a usina hidrelétrica de Itaipú, contribuindo para a falência do sistema a médio prazo.

Em 1977 surge o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que reforçou a assistência médica de caráter individual e especializada, em detrimento das ações de saúde pública, de caráter coletivo e orientadas à promoção de saúde e prevenção das doenças.

Segundo MENDES (1996, p. 138), ... as práticas sanitárias consolidaram o que denomina-se de paradigma flexneriano, marcado pelo mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização e tecnificação. Quanto à participação, a maioria da população, retraída pelo medo, assumiu uma postura de espera de ações governamentais que resolvessem seus problemas. Incorporou-se o conceito de saúde apenas como ausência de problemas físicos e vivenciou-se um período de retorno de doenças endêmicas e epidêmicas relacionadas à deterioração do ambiente e das condições de vida.

Na segunda metade da década de 70, aconteceu a crise financeira do INAMPS e mobilizações populares começaram a exigir melhores serviços de saúde. Na tentativa de reorganização do sistema, surge o Prev-Saúde • Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que trazia como uma de suas principais diretrizes a participação comunitária.

Constava no documento que a participação deveria servir como instrumento de controle social não só no setor saúde mas também nas outras esferas de vida econômica e social. De fato, o documento prescreve que a participação social ... é um componente fundamental do desenvolvimento político da sociedade. Não pode, portanto, ter um caráter apenas setorial, devendo, ao contrário, permear todos os processos sociais que se desenvolvem no país (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989, p. 273).

Lançado na 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o Prev-Saúde foi duramente criticado, e apesar de suas propostas inovadoras e condizentes com a realidade, foi analisado e recebeu parecer contrário. PAIM (1984, p. 21) comenta que

... o projeto foi definitivamente engavetado na sua quarta ou quinta versão. Daí a conclusão do Editorial da Associação Bahiana de Medicina, ainda em agosto de 1980: 'Tranquilizem-se, portanto, senhores empresários da saúde, que não podem sobreviver sem a tutela paternalista do Estado. Enquanto os trabalhadores não puderem interferir nos destinos da Previdência e a população organizada não participar da gestão das Políticas de Saúde, seus negócios estarão protegidos, ainda que as custas de milhares de vidas humanas'.



Anos 80: o surgimento da Reforma Sanitária Brasileira.

A crise permaneceu. Em 1982, como mais uma tentativa de reestruturação da previdência, cria-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), composto por 15 membros nomeados pelo Presidente da República, sendo 7 representantes do governo, 3 patronais, 2 da área médica e somente 3 representantes dos trabalhadores. Apesar de uma participação meramente opinativa, esse conselho contou com o apoio dos técnicos, profissionais e setores da população, que viam na proposta de racionalizar os gastos da previdência a possibilidade do surgimento de uma revisão gradativa do modelo vigente (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

É nesse contexto que surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS). Essa proposta significava uma estratégia de reorganização institucional e um primeiro esboço na tentativa de transformação das práticas sanitárias, onde

... a racionalização das ações se daria com a unificação dos recursos, com o atendimento à população de acordo com suas reais necessidades, diagnosticadas através de critérios sociais e epidemiológicos, e com sua participação e efetivo controle (AIS ..., 1989, p. 25).

Seus princípios norteadores, universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização, participação comunitária e controle social visavam à superação dos problemas relativos ao estado caótico de saúde da população. As AIS se materializaram através de convênios entre os Ministérios da Saúde, de Previdência Social e os governos estaduais, que incorporaram progressivamente os municípios. Apesar de todas as dificuldades, avanços significativos foram conseguidos, dentre eles a abertura progressiva de espaços de participação popular. Em âmbito municipal, apareceram as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS).

Por outro lado, no decorrer da segunda metade dos anos 70 e primeira metade dos anos 80, a sociedade civil passou por um processo de conscientização e mobilização em esferas acadêmicas, sindicais e dos movimentos populares que se convencionou chamar, a partir de 1986, de Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

A RSB propôs a difícil substituição do paradigma flexneriano, que havia direcionado as ações de saúde nas últimas décadas, pela construção de um novo referencial que primasse pela dignidade humana. Está nas suas diretrizes a criação de um SUS que redefine os papéis das instituições nos diferentes níveis de governo, descentraliza as ações e serviços de saúde e estipula a obrigatoriedade da participação da população e do controle social, como condição básica para que os outros dois possam acontecer efetivamente.

Considerada um amplo processo social, a RSB, sempre numa perspectiva crítica ao modelo hegemônico, vem contribuindo para a conquista prática de diretrizes aprovadas na 8ª CNS.



Em 1986, realiza-se então a 8ª CNS, considerada um marco decisivo das novas políticas, que propôs princípios que, em 1988, passaram a constar da seção saúde da nova Constituição Federal. Conforme registra um de seus principais atores,

Com uma ampla participação (cerca de 5000 pessoas: dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e populares), a oitava Conferência Nacional de Saúde discutiu a situação de saúde do país e aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais e identificado com os interesses populares ... (RODRIGUEZ NETO, 1992, p. 11).

A 8ª CNS influenciou de forma determinante nos poderes Executivo e Legislativo. No Executivo, através da implantação de um programa denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que, segundo CARVALHO (1995, p. 58), ao referir-se à participação, afirma que:

O SUDS ... estabelecia um novo padrão de convênio entre os níveis federal, estadual e municipal, tornando obrigatória a participação de setores da sociedade nas Comissões Interinstitucionais e recomendando fortemente a criação de Conselhos de Saúde, embora sem entrar em detalhes quanto a sua composição ou atribuição.

No Legislativo, influenciou na elaboração da seção "saúde" da nova Constituição do país, que propunha a criação do SUS.

O SUS, legitimado pela Constituição Federal de 1988, possibilita a concretização das diretrizes da RSB, através de seus princípios norteadores. Esses objetivam, acima de tudo, um trabalho conjunto na tentativa de redução das desigualdades sociais, a busca da superação de um paradigma flexneriano por outro de produção social de saúde e de uma prática voltada para a atenção médica, visando a um processo de vigilância à saúde. RAGGIO e GIACOMINI (1996, p. 11) complementam que ... o SUS representa a mais completa articulação de uma política social que o Brasil já teve ... e tudo isso graças aos princípios que o sustenta, da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade.

O princípio da integralidade preconiza o atendimento global do indivíduo, respeitando-o como ser bio-psico-social. A equidade busca definir prioridades respeitando as desigualdades e realizando ações de acordo com a necessidade de cada comunidade. A garantia de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos está garantida pelo princípio da universalidade. (CONFERÊNCIA, 1995; TEIXEIRA, 1991).

A descentralização, por sua vez, propõe uma busca conjunta dos melhores e mais adequados caminhos para se conquistarem em objetivos comuns. SANTOS (1995, p. 85) complementa que



... a execução de ações e serviços de saúde ... deve ser atribuída ao órgão ou a autoridade que esteja em contato direto com o administrado ou usuário. Além de ser mais racional, tal procedimento permite ao usuário identificar o responsável pela ação, aumentando assim o grau de consciência do cidadão e sua participação no governo.

O processo de descentralização é considerado a espinha dorsal do SUS e a municipalização é a operacionalização deste princípio. Municipalizar significa trazer para o nível local a capacidade de resolução das próprias dificuldades, através de um esforço conjunto da comunidade, gestores e recursos humanos em saúde.

Anos 90: a participação legalizada.

Dois anos depois da promulgação da Constituição, num cenário de intensa movimentação e luta dos setores organizados da saúde, surge no âmbito jurídico institucional, como já citadas anteriormente, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) - 8080/90 e 8142/90 -. A Lei nº 8080/90 refere-se às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços estatais e privados.

A Lei nº 8142, de maior interesse nesse estudo, regulamentou a participação da comunidade e a transferência intergovernamental de recursos financeiros. Especificou que uma das formas de participação popular se daria através da realização de Conferências de Saúde com periodicidade mínima de quatro anos. Essas conferências devem ocorrer em todas as esferas de governo, com representação dos vários segmentos sociais, objetivando a avaliação da situação de saúde e a elaboração de propostas que direcionem a formulação da política de saúde na esfera correspondente, bem como dos Planos e Programas de Saúde (BRASIL, 1990 b).

A Lei preconiza, também, a obrigatoriedade de organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, usuários, gestores e prestadores. Por serem de composição paritária (50% de usuários e 50% dos demais segmentos), os Conselhos devem possibilitar à população o exercício da autonomia e da responsabilidade, através da formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde vigente, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

Como forma de operacionalizar a aplicação dessas Leis, surgem as Normas Operacionais Básicas (NOB), caracterizadas como instrumentos jurídicos institucionais, utilizados pelo MS para

... definir instrumentos operacionais e sistemáticas de financiamento de ações e serviços de saúde, bem como competências para utilização destes instrumentos e sistemáticas. Tem contornos bem delimitados, definidos pela política de gestão do sistema de saúde que se quer implementar ... (PROPOSTA..., 1996, p. 2).



Em 1991 surge a primeira Norma Operacional Básica, a NOB 91, considerada como um retrocesso por vários pesquisadores por equiparar prestadores públicos e privados e contextualizar o SUS como uma junção de entidades produtoras de serviços médicos, privilegiando essas atividades em detrimento dos serviços de caráter coletivo e sem esboçar preocupação com o perfil epidemiológico da população. Porém, reforça a necessidade do cumprimento da Lei nº 8142/90 enfatizando a criação dos Conselhos Municipais, Fundos Municipais e Planos Municipais como requisitos para o repasse de recursos financeiros (BRASIL, 1991; CARVALHO et al., 1993; SCOTTI, 1997).

A NOB 93, segundo SCOTTI (1997, p. 2) ... desencadeia o processo de municipalização. Constitui as Comissões Intergestoras (Tripartides e Bipartides) em âmbito nacional e estadual, que se transformam em importantes fóruns de discussão e elaboração de propostas de políticas para a saúde. Habilita os municípios como gestores do SUS, especificando três formas de gestão: incipiente, parcial e semi-plena. Cria a transferência regular e automática do fundo nacional de saúde para os fundos municipais de saúde nas localidades em gestão semi-plena e exige como requisito para qualquer das habilitações o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a comprovação, por extrato bancário, da existência do FMS (CONFERÊNCIA ..., 1995; SCOTTI, 1997).

Segundo FORTES (1997,p.73)

Somente após a NOB de 1993, advinda das propostas políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, consubstanciadas no documento 'A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei', ocorreu o crescimento, em pouco tempo, do número de Conselhos instalados. Isto se deveu a necessidade de Estados e Municípios regularizarem os requisitos obrigatórios contidos na Lei, para que houvesse continuidade da transferência de recursos da esfera federal.

Em 1996 surge uma nova NOB e esta

... é a redefinição do modelo de gestão, o que representa um importante marco no processo de consolidação do SUS e, por conseguinte, no efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam ... Esse novo paradigma propõe a implantação de um novo modelo de atenção a saúde, até então centrado na doença ... destaca-se a atenção integral abarcando o conjunto das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (NORMA...,1998, p. 1).

Essa norma objetiva reorganizar o modelo assistencial propondo a criação de apenas duas formas de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, estimulando os municípios a se responsabilizarem pela execução direta da atenção básica da saúde e pela gestão de toda a rede de serviços, públicos e privados, existentes no município.



Como foi visto anteriormente, para a habilitação dos municípios nas diferentes formas de gestão, tanto na NOB 93 como na NOB 96, há necessidade do cumprimento de um outro princípio que parece ser a espinha dorsal do processo de municipalização; a participação comunitária e o controle social.

Dentre os requisitos especificados na Lei nº 8142 e nas NOBs, o funcionamento do CMS, a instituição do FMS e do Plano Municipal de Saúde (PMS) são condições essenciais para a efetividade do processo de construção de um modelo assistencial que privilegie a saúde e atenda verdadeiramente a população.

Todas essas reestruturações demonstram que o caminho a ser seguido para a solução dos problemas de saúde brasileiros chama-se municipalização, seguida de participação popular e controle social. Num país com uma desigualdade social acentuada, onde doenças típicas do progresso como stress, hipertensão arterial, doenças crônico-degenerativas entre outras convivem com doenças características da miséria como desnutrição e verminoses, há de se convir que qualquer tentativa de generalização de projetos está fadada ao fracasso, bem como qualquer proposta que não envolva os principais atores deste cenário - a população.

Considerações Finais

Se por um lado o contexto abordado pode impactar de forma positiva pressionando o poder público a incluir a população nos processos decisórios, por outro, há que se considerar que no Brasil ... não são os termos formais de uma declaração ou pacto que asseguram ao cidadão comum o irrestrito acesso ao usufruto de um evidente direito seu... (MOURA, 1989, p. 57).

Comprovar essa afirmação é tarefa bastante simples. Basta observar as informações transmitidas diariamente pelos meios de comunicação, de que a existência de uma população excluída, não só da possibilidade de participar, mas do próprio acesso aos serviços será evidenciada. Aparecem exemplos positivos de trabalhos sendo realizados nos níveis primário, secundário e terciário, porém nota-se muita ineficácia e uma submissão a um modelo médico extremamente oneroso. Observa-se um Estado com reduzida capacidade para atender as necessidades sociais e instituições de saúde pouco ágeis, nem sempre comprometidas com a população.

É inegável a necessidade de inversão dessa realidade e, "participação", provavelmente seja o caminho. A história tem mostrado que nada acontece por acaso, todas as conquistas se dão através de fortes pressões sociais, conflitos e lutas de grupos organizados em busca de seus objetivos comuns.

Na área da saúde, a participação social ganhou notoriedade nos anos 70. Verificou-se, paralelamente às crises político-econômicas, a intensificação dos problemas sociais com uma crescente deterioração das condições de vida da população, dificuldade em conviver com altos índices de mortalidade infantil, falta de saneamento básico, sucateamento das instituições de saúde e a disseminação de doenças consideradas endêmicas.



Os movimentos urbanos, reivindicando entre outras coisas, água e rede de esgoto, transformaram-se, ao longo dos anos 70 e 80, na aglutinação de diferentes atores em busca da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Como resultado desta intensa mobilização, da intensificação das lutas parlamentares, da atuação de governos estaduais e municipais de oposição, surgem a Constituição Federal de 1988 e as Leis 8080/90 e 8142/90 que, juntas, constituem e sistematizam a proposta de modificar a forma de organização dos serviços de saúde, bem como as relações entre o Estado e a sociedade em todas as esferas de governo. Ambos os instrumentos legais propiciaram a emergência da possibilidade concreta de participação e controle da população nas decisões relacionadas a este setor.

As mudanças vão desde as práticas campanhistas até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); desde a plenitude do modelo médico-assistencial privatista, centrado na doença, na alta tecnologia, no uso indiscriminado de medicamentos, na repressão às manifestações populares, até a instalação de um processo de reversão desse modelo para outro que garanta a participação, o controle social e venha ao encontro das reais necessidades da população.

O termo participação e seus atores foram abordados de várias maneiras no decorrer dessa trajetória. A utilização de um ou outro conceito dependeu da orientação político-ideológica das várias forças sociais, e as formas de envolvimento dos participantes variaram desde a manipulação, consulta ou negociação, até a participação propriamente dita.

DALLARI *et al.* (1996, p. 534) concluem que:

"o que podemos verificar hoje é que está havendo uma redefinição das práticas entre Estado e população. O Estado começa a internalizar elementos que faziam parte das reivindicações dos movimentos sociais, como o conselho popular de saúde, criando condições para a inserção dos usuários dos movimentos organizados nesse processo de vigilância, e controle e acompanhamento de gestão".

Os Conselhos de Saúde surgem então, como elementos modificadores da relação Estado com a sociedade civil, ampliando e reordenando essas relações, com o objetivo de implementar as políticas do setor saúde tal como previstas na Constituição de 1988.

O objetivo máximo desses conselhos, bem como de todo processo de organização popular, é reduzir as desigualdades sociais e transformar o país num lugar mais justo e menos desigual.

Essa participação, de acordo com o estabelecido, exige mudanças culturais, compromissos pessoais e coletivos. Implica também a compreensão,⁹ não só do conceito ampliado de saúde, mas a vivência de uma prática cidadã, que enfatiza direitos e deveres.



É direito do cidadão que o Estado cumpra as determinações constitucionais referentes aos princípios do SUS. Mas é dever desse mesmo cidadão cooperar e assumir a conquista por melhores condições de saúde, como seu compromisso e co-responsabilidade, ficando o Estado ... como instrumento de promoção, motivação, colaboração, não como condutor e dono do processo (DEMO, 1996, p. 23)

Referências Bibliográficas

- AIS: uma estratégia para as transformações. **Espaço para a saúde**, v.1, n. 0, p. 25-29, mar. 1989.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula, em todo território nacional, ações e serviços de saúde... **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 1990 a.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional básica do SUS - 01/91. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil] p.67-75.
- CARVALHO, Antonio Ivo *et al.* Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. **Saúde em Debate**. Londrina, n.38, p.49-54, mar. 1993.
- _____. **Conselhos de saúde no Brasil** : participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro : FASE/IBAM, 1995. 136 p.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA, 4., 1995, Londrina. **A situação do Sistema Único de Saúde - SUS** : alternativas e soluções. Londrina : Serviço Municipal de Saúde, 1995. 27p.
- DALLARI, Sueli Gandolfi *et al.* O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.531-540, out./dez. 1996.
- DEMO, Pedro. **Participação é conquista** : noções de política social participativa. 3ª. ed. São Paulo : Cortez, 1996.



MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário** : o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo : Hucitec, 1993. 310p.

_____. **Uma agenda para a saúde** . São Paulo : Hucitec, 1996. 300p.

MOURA, D. **Saúde não se dá : conquista-se**. São Paulo : Hucitec, 1989.

NORMA Operacional Básica do SUS: Nov/96. [online]. Consultado na INTERNET em 28 de julho de 1998. <http://www.saúde.gov.br/descen/nov96.htm>.

OLIVEIRA, J. A. de Araújo.; TEIXEIRA, S. M. Fleury. *In: Previdência Social : 60 anos de história da previdência no Brasil*. 2.ed. Petrópolis : Vozes : ABRASCO, 1989. (Coleção Saúde e Realidade Brasileira).

PAIM, Jairnilson Silva. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Saúde em Debate**, n.15/16, 1984.

PROPOSTA de texto para a norma operacional básica do SUS - 1996 para discussão na Comissão Intergestores Tripartite. [Brasília] : Secretaria de Vigilância Sanitária, 1996. 25 p.

RAGGIO, Armando.; GIACOMINI, Carlos Homero. A permanente construção de um modelo de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.16, p.9-16, dez.1996.

RODRIGUES NETO, Eleutério. A reforma sanitária do SUS : suas origens, suas propostas, sua implementação, suas dificuldades e suas perspectivas. **SUS** : Coletânea de artigos. 1992. p. 11.

SANTOS, Guido Ivan; Carvalho Lenir de. **Sistema Único de Saúde : comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Lei 8 090/90 e 8142/90). São Paulo : Hucitec, 1995. 387p.

SCOTTI, Ricardo I. "**Para entender a NOB 96**"; **Informações sobre a Norma Operacional Básica do SUS - 01/96** [online]. Consultado na INTERNET em 26 de junho de 1997. <http://www.datasus.gov.br>.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Municipalização da saúde : os caminhos do labirinto. **Saúde em Debate**, Londrina, n.33 p.27-32, dez. 1991.