

CIDADANIA, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO 1988

Vera Maria Neves SMOLENTZOV¹

Resumo: A constituição de 1988 assegurou o exercício da cidadania, maior participação e controle social. Porém, sua efetivação constitui um desafio. Para a atual sociedade brasileira, ao levantar discussões a respeito das formas de aperfeiçoar os mecanismos de controle da sociedade sobre o Estado, pois garante a legitimidade do próprio sistema político brasileiro na construção de um espaço público democrático necessário à reivindicação dos direitos sociais garantidos em lei.

Palavras-chave: Cidadania; participação; controle sociais.

1 A nova relação Estado/Sociedade Civil pós Constituição de 1988

Dentro da tendência mundial de redução do Estado, de privatização das empresas públicas, publicização das estatais, desregulamentação e flexibilização das relações de trabalho, também as novas formas de relações entre o Estado e a sociedade têm que ser reconsideradas, especialmente no que diz respeito à clássica distinção entre as esferas e os interesses do público e do privado.

Dentre os principais desafios da reforma do Estado estão o redimensionamento das suas funções, e a reestruturação do campo de ação do Estado, “*tendo em vista aumentar sua eficácia na consecução dos fins definidos socialmente.* (DINIZ, 1998, p.42). Além, é claro, da indispensável ênfase “*na dimensão política da reforma do Estado, o que implica reforçar as conexões da esfera estatal com a sociedade e com as instituições representativas*” (Idem,

¹ Mestre em Ciências Sociais, na área de concentração em Dinâmica Urbano Regional, Planejamento e Políticas Públicas, na PUC/SP e doutoranda na mesma Instituição. Docente da FCEA – CEP. 16015-280 – Araçatuba (SP)

ibid., p.46). Mas de que modo atingir a estes objetivos? Esta parece se constituir na principal questão, especialmente na área da saúde coletiva.

Se, num primeiro momento, os conceitos de *público* e *privado*, parecem ser facilmente identificáveis, na verdade, eles têm sido palco de muita polêmica, muito especialmente no que diz respeito às entidades mistas, e para as quais esses conceitos de público, público não-estatal e privado são, muitas vezes, interligados em suas interpretações. Dessa forma:

“O público, entendido como o que é de todos e para todos, se opõe tanto ao privado, que está voltado para o lucro ou para o consumo, como ao corporativo, que está orientado para a defesa política de interesses setoriais ou grupais (sindicatos, etc.) ou para o consumo coletivo (clubes). Por sua vez, dentro do público, pode-se distinguir entre estatal e público não-estatal (PEREIRA, 1999, p. 21).

E ainda segundo o mesmo autor,

O setor produtivo não-estatal é também conhecido por “terceiro setor”, “setor não governamental” ou “setor sem fins lucrativos”, isto é, o “público não-estatal,” designação da qual fazem parte as organizações ou formas de controle “públicas” porque voltadas ao interesse geral, são “não-estatais” porque não fazem parte do aparato do Estado, seja por não utilizarem servidores públicos, seja por não coincidirem com os agentes políticos tradicionais. A expressão “terceiro setor” pode considerar-se também adequada na medida em que sugere uma terceira forma de propriedade entre a privada e a estatal, mas se limita ao não estatal enquanto produção, não incluindo o não-estatal enquanto controle. Enfim, o que é estatal é, em princípio, público. Mas o que é público pode não ser estatal, se não fizer parte do aparato do Estado. (Idem: 16-17). Para Ruth Cardoso, “o con-

ceito de terceiro setor descreve um espaço de participação e experimentação de novos modos de pensar e fazer sobre a realidade social. É um campo marcado por uma irreduzível diversidade de atores e formas de organização” (PEREIRA, 1999, p. 37).

Em função da tendência mundial de redução do Estado, a rearticulação do Estado brasileiro com a sociedade teve que adquirir uma outra perspectiva, levando ao fortalecimento da sociedade civil, já que os problemas sociais mais urgentes têm sido postos de lado na agenda governamental. É por isso que, a participação do setor privado, de caráter filantrópico ou lucrativo na prestação dos serviços de saúde à população, assume um caráter importante, uma vez que

“deve-se criar novos mecanismos de controle do setor privado para subordiná-lo efetivamente ao interesse público. Isso significa que, sendo da responsabilidade do Estado, deve-se distinguir entre o público e o estatal; isto é, que independentemente de serem esses serviços realizados por instituições estatais e/ou privadas (lucrativas e filantrópicas) o seu controle deve ser orientado pela lógica do interesse público, e não do interesse privado, como ocorre na atual situação” (COHN, 1996, p. 31).

Muitos são os desafios para viabilizar a efetiva participação da sociedade nas políticas sociais. Por isso é impossível deixar de mencionar a tão antiga falta de *transparência* na prestação de contas e no gerenciamento dos bens públicos, além da falta de *visibilidade política* nas atividades públicas, e que já se constituem parte integrante da cultura política do autoritarismo brasileiro. Esta forma de encarar as questões públicas, tem sido motivo de grandes dificuldades nesse novo arranjo entre o público estatal e não-estatal e a participação social no resgate da cidadania, como mecanismo para tornar mais eficiente a ges-

tão pública e estabelecer um novo padrão de administração pública, capaz de resgatar a credibilidade do setor junto à comunidade. Apesar dos direitos de participação e acesso às informações públicas estarem assegurados pela Constituição a todos os cidadãos, eles acabam sendo negados a uma grande parte da população, tanto pela desinformação desses direitos, como pela dificuldade de entendimento dessas informações que são, em geral, extremamente técnicas e cifradas. Esta prática acaba desanimando uma grande parcela da população de se inteirar, fiscalizar, discutir e participar das questões públicas, como deveria fazer todo e qualquer cidadão, no exercício de seus direitos. O resultado mais imediato de tudo isso, acaba sendo o de assegurar na prática, a reprodução social do modelo capitalista mais perverso de desigualdade econômica, política e social, numa sociedade extremamente concentrada em renda e poder, e pouco acostumada a se preocupar com as questões básicas da maioria da população e de suas principais aspirações. De forma oposta, “nas sociedades democráticas mais modernas aceita-se como natural e espera-se que os governos – e o serviço público – sejam responsáveis perante os cidadãos” (CAMPOS, 1990, p. 30). Isto faz com que uma prática comum, nos Estados Unidos e em parte da Europa, de discussão sobre a *accountability* na administração pública, seja quase desconhecida entre nós, porque “na verdade, o que nos falta é o próprio conceito, razão pela qual não dispomos da palavra em nosso vocabulário” (Idem, p. 31). A autora indaga ainda, porque alguns fenômenos, tais como a complacência e a falta de consciência dos contribuintes quanto a seus direitos, ocorrem aqui em nosso país. Ela chega à conclusão de que a explicação para este fenômeno está no distanciamento dos órgãos públicos de sua clientela, e no fato dos servidores públicos se considerarem empregados de seus chefes, e não dos cidadãos. Esta prática acaba resultando no comportamento do cidadão brasileiro que age como tutelado, e não como *senhor* no seu relacionamento com as repartições públicas. Questões como estas servem para reafirmar a necessidade da participação social nas questões públicas, e aumentar as possibilidades de proteção do cidadão contra esse mau tratamento da burocracia. Daí decorrendo que:

“a accountability passa a ser entendida como questão de democracia. Quanto mais avançado o estágio democrático, maior o interesse pela accountability. E a accountability governamental tende a acompanhar o avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade. A inevitável necessidade do desenvolvimento de estruturas burocráticas para atendimento das responsabilidades do Estado traz consigo a necessidade da proteção dos direitos do cidadão contra os usos (e abusos) do poder pelo governo com um todo, ou de qualquer indivíduo investido em função pública (op .cit., p. 33). (...) O verdadeiro controle do governo – em qualquer de suas divisões: Executivo, Legislativo e Judiciário – só vai ocorrer efetivamente se as ações do governo forem fiscalizadas pelos cidadãos. (...) A legitimidade do poder delegado (pelo povo ao Estado) precisa ser assegurada pelo exercício ativo da cidadania, por Partidos Políticos sintonizados com seus eleitores e por uma opinião bem-informada. (...) É por isso que “o exercício da accountability é determinado pela qualidade das relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientelas. O comportamento (responsável ou não responsável) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamento das próprias clientelas. Somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para a accountability. Não haverá tal condição enquanto o povo se definir como tutelado e o Estado como tutor. (...) Uma sociedade precisa atingir um certo nível de organização de seus interesses públicos e privados, antes de tornar-se capaz de exercer controle sobre o Estado. A extensão, qualidade e força dos controles são consequência do fortalecimento da malha institucional da sociedade civil.” (Idem, ibid., p. 34-35).

2 Cidadania e participação

Para Vieira, o conceito de cidadania, enquanto direito a ter direitos, tem-se prestado a diversas interpretações. A cidadania seria composta dos direitos civis e políticos, direitos de primeira geração (direitos civis, conquistados no século XVIII, e correspondentes aos direitos individuais de liberdade, igualdade, propriedade, de ir e vir, de dispor do próprio corpo, locomoção, segurança, liberdade de expressão etc. E direitos políticos, alcançados no século XIX, dizem respeito basicamente à convivência em organismos de representação direta ou indireta, e são chamados direitos individuais, exercidos coletivamente). Já os direitos de segunda geração, os direitos sociais, econômicos ou de crédito, foram conquistados no século XX, a partir das lutas do movimento operário e sindical, e são a garantia de acesso aos meios de vida e bem-estar social: são os direitos a trabalho, saúde, educação, aposentadoria, seguro-desemprego, que tornam reais os direitos formais. Na segunda metade do século XX, as lutas por liberdade e igualdade ampliaram os direitos civis e políticos, e surgiram os chamados “direitos de terceira geração,” das chamadas “minorias”, os relativos aos grupos, etnias, à autodeterminação dos povos, à paz, ao meio ambiente etc., transformando em discussões públicas as questões políticas e possibilitando aos cidadãos exercerem a função de crítica e controle do Estado. (VIEIRA, 1999, p.213)

“O controle social passa a ter duplo caráter: aperfeiçoar os mecanismos de controle da sociedade sobre o Estado e inventar formas de controle da sociedade sobre a sociedade. A dupla dimensão da esfera pública não-estatal – de um lado, o controle social do Estado e a ação coletiva para a afirmação de direitos e identidades culturais; de outro, a produção de bens e serviços públicos – encontra seu fundamento último no

denominador comum no conceito de cidadania. É a cidadania que fornecerá o elo vital para a criação de uma nova institucionalidade política, onde a sociedade civil cumprirá papel na construção de um espaço público democrático, única fonte possível de governabilidade e legitimidade do sistema político.” (VIEIRA, 1999, p.252).

Manzini-Covre argumenta que há uma forte tendência em se pensar a cidadania apenas em termos dos direitos a receber, negligenciando-se o fato de sermos o agente da existência desses mesmos direitos e, acima de tudo, sujeitos daquilo que se pode conquistar. Para a autora,

“cidadania é o próprio direito à vida no sentido pleno, que precisa ser construído coletivamente, não só em termos do atendimento às necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência, incluindo o mais abrangente, o papel do homem no Universo”. Em países como o Brasil, onde “a violência perpassa o cotidiano das pessoas de inúmeros segmentos, em especial da população mais carente. (...) há um sofrimento que tem lugar no âmbito privado e não vem a público, a não ser que essas pessoas tomem consciência de seus direitos como cidadãos e se organizem para lutar por eles” (op. cit., p. 66).

O conceito de cidadania é central para a compreensão e análise deste trabalho. Foi baseado no conceito de cidadania moderna que todo este trabalho se desenrolou, procurando se ajustar à idéia sempre presente de justiça social, para que ela se confunda mais e mais com a equidade social, construída e organizada pelos próprios cidadãos.

3 O sistema público de saúde pós Constituição/88

A Constituição de 1988 incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde. Ela representa um grande avanço em termos sociais, já que universaliza os direitos de atendimento de saúde a todo cidadão, independente dele possuir ou não registro em carteira – valendo, portanto sua condição de cidadão e não a de contribuinte; regulamenta a participação e controle social, através dos Conselhos de Saúde (nacional, estadual, e municipal) e das Conferências de Saúde (federal, estadual e municipal), além de transferir para os municípios os recursos necessários ao atendimento das políticas públicas de saúde, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde do município. A constituição do SUS, Sistema Único de Saúde, se norteia pelos seguintes princípios básicos: universalidade (todo cidadão tem direitos), equidade (todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde), integralidade (todo cidadão tem direito a ser tratado em sua integralidade, ou seja, as ações de saúde devem ser combinadas para a prevenção, cura e reabilitação do cidadão). Mas, apesar dessas novas propostas de participação pública e defesa dos direitos do cidadão já estarem asseguradas pela Constituição, como uma forma de aprofundar e consolidar a democracia no país, elas acabam sendo negadas à população mais carente, que deles depende vitalmente, pela própria prática da política de saúde, que assegura a reprodução social do modelo capitalista de desigualdade e exclusão social.

“No Brasil o Estado e/ou mercado não podem mais se arrogar o monopólio de planejar e praticar ações sociopolíticas de interesse público deixando a sociedade em segundo plano. (...) A questão social não pode mais ser enfrentada como subproduto da economia, pois esta não está preocupada com os que mais precisam de benefícios: os excluídos do sistema. O Estado aparece, então como responsável por criar, através de uma política social, condições dignas de vida para todas as camadas da sociedade. Sozinho, porém, não é capaz de pôr em prática tal política. Daí a necessidade de uma ação conjunta entre

Estado, mercado e sociedade civil, em que representantes dessas três esferas discutam suas propostas, encaminhando soluções. Um dos principais mecanismos de execução dessas medidas seriam as ações locais, adequadas a um novo padrão de desenvolvimento sustentável.” (VIEIRA, 1999, p. 240-241).

Para que o SUS pudesse ser regulamentado, e a nova política de saúde desenvolvida, foram necessários alguns ajustes a fim de que ela fosse efetivamente implantada no país. Para tanto, criaram-se leis complementares, como a Lei Orgânica da Saúde, 8080/90 e a lei 8142/90, além das normas operacionais básicas do Ministério da Saúde, as NOBs como são conhecidas. A Lei Orgânica da Saúde 8080/90 define o SUS, através de um conjunto de ações e serviços de saúde, criando serviços locais, assumindo a responsabilidade pela formulação das políticas de saúde, definindo as atribuições e competências de cada nível de governo, e estabelecendo a articulação entre os recursos financeiros, tecnológicos e humanos. A lei 8142/90, define a participação da comunidade na gestão do SUS, de forma *paritária*, ou seja, 50% representada pelo *Estado*, e 50% pela *Sociedade Civil*, além das transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A questão dessa *composição paritária*, uma das condições previstas na lei, deve obedecer a critérios que garantam a independência do funcionamento do colegiado e a eficiência de sua atuação em relação à direção do SUS, com o intuito de integrar e articular os setores básicos da saúde, com a finalidade de obter uma maior transparência nas ações de saúde e maior eficiência no controle da gestão pública. Dessa forma, fica a representação total dos conselhos, assim distribuída: 50% de usuários (representantes dos diversos organismos e/ou entidades sociais privadas, movimentos comunitários organizados como pessoas jurídicas na defesa de interesses individuais e coletivos na área social ou econômica, ou escolhidos nas Conferências de Saúde), representando a *Sociedade Civil*, e 50% de representantes do *Estado*, assim constituídos: 25% de representantes dos trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviços público e privado (aqui incluídos os representantes do go-

verno, como o secretário de saúde, e demais representantes de prestadores de serviços do SUS, como as instituições públicas, filantrópicas e privadas). Esses representantes junto ao conselho, eleitos por um período de dois anos, podendo ser reeleitos, têm plenas condições de serem os legítimos defensores dos segmentos que representam, e de garantirem com isso, um efetivo controle social sobre a execução da política e dos planos de saúde, na gestão pública municipal.

Além dessas leis complementares (a lei 8080/90 e a lei 8142/90), também as normas operacionais básicas do ministério da saúde, as chamadas NOBs, foram fundamentais para regulamentar e organizar o novo sistema de saúde. Essas NOBs, a NOB 01/91 e a NOB 01/93, dispuseram sobre as atribuições e responsabilidades dos *agentes públicos*, (governo em seus diferentes níveis municipal, estadual e federal) e dos *agentes privados*, além de sistematizar e regulamentar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

A NOB/93 estabeleceu a habilitação dos municípios aos modelos adotados de *gestão incipiente, parcial ou semipleno*, mediante solicitação dos municípios, e somente aprovada depois de cumpridas algumas exigências básicas, como a adesão ao processo de municipalização pela comissão intergestora bipartite ou tripartite, instituição do conselho municipal de saúde e do fundo municipal de saúde. Uma vez aprovada a solicitação, as responsabilidades do município aumentavam na proporção direta ao modelo adotado. Essa NOB/93 acabou se constituindo num modelo de transição para a NOB 01/96, que reforçou o papel dos municípios, redefiniu a função dos Estados e da União no novo sistema de saúde, e se constituiu num grande avanço no que diz respeito à responsabilidade dos municípios na gestão saúde, pois,

“compreende, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde, como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais. Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal” (NOB/96).

Já a NOB/96 determina a co-responsabilidade estadual e federal pelo SUS municipal, ou da sua gestão nos casos de ausência municipal, em relação ao papel dos Estados e da União na gestão do sistema de saúde. Para promover ainda mais a integração entre os diversos segmentos sociais e o poder municipal, e consequente aumento da responsabilidade dos governantes em relação à população atendida, foram criadas duas novas categorias de gestão municipal: a *gestão plena da atenção básica* e a *gestão plena do sistema municipal*, a que os municípios podiam se ajustar, extinguindo-se as três modalidades anteriores (a gestão incipiente, parcial e semiplena). Para a maior eficiência do sistema, foi criada também a *programação pactuada*, cujo principal objetivo é a maior integração entre os gestores municipais, estaduais e nacional, nas atividades de assistência ambulatorial, hospitalar, e de vigilância sanitária e epidemiológica, consistindo num dos principais mecanismos de integração da saúde pública brasileira.

“Parece claro que o processo de descentralização poderia ser uma condição de possibilidade para o exercício da cidadania, colaborando para o rompimento de barreiras entre cidadãos e Estado no exercício da democracia, ao deslocar o poder de decisão da órbita exclusiva do estado. Condição contribuinte para aproximar a democracia política de uma maior equidade na distribuição de benefícios de saúde entre as camadas menos favorecidas da população, mas não só isso. Constitui-se, principalmente, em processo educativo, na medida em que as transferências de cotas de poder nos níveis locais do exercício da política exigem do cidadão maior conhecimento e informação que o habilitem a ter um papel decisório nos Conselhos Locais de Saúde.” (GERSCHMAN, 1995, p. 64).

Os Conselhos, por serem instâncias colegiadas e deliberativas, não admitem transitoriedade, conforme o disposto no § 2º do artigo 1º da Lei 8142/90, mas uma atuação constante para que seus membros tenham condições de examinar, formular corrigir, aprovar e fiscalizar as diretrizes da política de saúde dos municípios. É esta participação efetiva, que permite à população interferir na gestão da saúde, como atores sociais, através da interlocução com seus representantes, esta-

belecendo uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, embora esta nova relação ainda esteja fortemente comprometida com alguns mecanismos que impedem que os agentes sociais sejam agentes ativos de sua própria história.

“Atualmente, quase a totalidade dos municípios brasileiros dispõem de Conselho de Saúde, já que sua organização se constitui em uma exigência legal, sem a qual o município deixa de receber os recursos federais e/ou estaduais destinados à saúde. Porém ainda são poucos os municípios nos quais o controle social é exercido de fato. Ainda temos municípios nos quais o Prefeito é o Presidente do Conselho e, ainda são poucos os conselheiros capacitados para o exercício dessa tarefa. (...) São várias as iniciativas, tanto de órgãos governamentais como de ONGs, para facilitar o entendimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde. Porém, percebemos que ainda há uma lacuna quando se trata de transformar em prática o que dispõe a legislação brasileira sobre a participação social na saúde. Esta lacuna se dá pelo fato de que ainda estamos – gestores e sociedade – arraigados ao conceito de saúde enquanto cura de doenças, no qual a comunidade contribui no sistema com a doença que tem, e o gestor contribui com a responsabilidade de tratá-la através de ações e serviços pontuais.” (NATALINI, s/d, p. 13).

E, se a descentralização, por si só não garante a democracia, “o espaço local é o espaço privilegiado de construção de identidade de novos sujeitos sociais” (COHN, 1995, p. 320)

Uma outra questão importante a se considerar nesta análise, consiste na capacidade dos conselhos municipais de garantir legitimidade aos governos municipais ao fazerem a intermediação dos interesses da população com a política pública de saúde municipal, e estabelecerem uma co-gestão com o governo do município, através da participação social, dividindo com a sociedade as responsabilidades da gestão pública.

“Afirmo preliminarmente que o único modo de se chegar a um acordo quando se fala de democracia, entendida como contraposta a todas as formas de governo autocrático, é o de considerá-la caracterizada por um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem quem está autorizado a tomar as decisões coletivas, e com quais procedimentos. (...) Mas até mesmo as decisões de grupo são tomadas por indivíduos (o grupo como tal não decide). Por isto, para que uma decisão tomada por indivíduos (um, poucos, muitos, todos) possa ser aceita como decisão coletiva, é preciso que seja tomada com base em regras (não importa se escritas ou consuetudinárias) que estabeleçam quais são os indivíduos autorizados chamados a tomar (ou a colaborar para a tomada de) decisões coletivas. Um regime democrático que caracteriza-se por atribuir este poder (que estando autorizado pela lei fundamental torna-se um direito) a um número muito elevado de membros do grupo.” (BOBBIO, 1997, p. 18-19). E conclui o autor que “a democracia é o governo das leis por excelência. No momento mesmo em que um regime democrático perde de vista este seu princípio inspirador, degenera rapidamente em seu contrário, numa das tantas formas de governo autocrático de que estão repletas as narrações dos historiadores e as reflexões dos escritores políticos.” (Idem, ibid. p. 171).

Atualmente, uma das principais questões a serem encaradas definitivamente pela sociedade brasileira é a *questão social*, e a forma de inclusão dos amplos setores de sua população mais ameaçada, que acaba sendo no seu limite, apenas no plano econômico. É assim que, para Martins, “o conjunto da sociedade já não é a sociedade da produção, mas a sociedade do consumo e da circulação de mercadorias e serviços. Portanto, o eixo de seu funcionamento sai da fábrica e vai para o mercado”. (op.cit. p. 171)

É o acesso à Saúde Pública e ao SUS que acaba sendo, no momento, um grande problema para os setores da população mais necessitados desse atendimento. Para isso contribuem a falta de educação, orientação e fiscalização da população quanto aos seus direitos constitucionais, assim como a melhoria, agilização e eficiência na gestão pública desses serviços essenciais, destinados a toda população. Por isso é necessário assegurar que o compromisso do Estado nas áreas sociais, de fundamental importância para a população, seja reforçado pela participação dos diversos segmentos sociais, enquanto não houver a cristalização desses direitos numa sociedade aberta e democrática, e a maioria dessa população ainda esteja pouco amadurecida do ponto de vista político, e carente de espaços para a discussão de seus problemas mais prementes. E, como disse Sartre, “antes de ser concretizada, uma idéia tem uma estranha semelhança com a utopia. Seja como for, o importante é não reduzir o realismo ao que existe, pois, de outro modo podemos ficar obrigados a justificar o que existe, por mais injusto ou opressivo que seja” (SANTOS, 1997, p. 122).

É preciso, portanto, haver uma educação para a cidadania, para que se possa tomar consciência dos direitos de cidadão, se organizar e lutar por eles. “É preciso criar espaços para reivindicar os direitos, mas é preciso também estender o conhecimento a todos, para que saibam da possibilidade de reivindicar.” (MCOVRE, 1999, p. 66).

E para terminar, gostaria de concluir como H. Léfèbvre quando diz ser necessário que “a sociedade se modernize, revolucionando suas relações arcaicas, ajustando-as de acordo com as necessidades do homem, e não de acordo com as conveniências do capital” (MARTINS, 1997, p. 38).

SMOLENTZOV, V.M.N. Citizenship, participation and social control in the health public system post Constitution 1998. *Economia & Pesquisa*, Araçatuba, v.3, n.3., p. 82-99, mar. 2001.

Abstract: The constitution of 1998 guarantees the right to citizenship, more participation and social control. However, it constitutes challenges for the present brazilian society when the question about ways of improving the control mechanisms of the

society over the State are aroused, for it guarantees the legitimacy of the Brazilian political system itself in the construction of a democratic public space necessary to reinvalidate the social rights guaranteed by law.

Keywords: Citizenship; participation; social control.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, N. **O futuro da democracia; uma defesa das regras do jogo**. 6. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

CAMPOS, A. M. Accountability quando poderemos traduzí-la para o português **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, fev./abr. 1990.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COHN, A. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local**. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

COMUNIDADE SOLIDÁRIA. **A exigência de uma estratégia de desenvolvimento social para o Brasil: o papel e o lugar da Comunidade Solidária**. In: **3ª versão para o debate no Conselho da Comunidade Solidária**. Brasília: Comunidade Solidária, 1996.

ELIAS, P. E., COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state, The three worlds of welfare capitalism. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 24, set., 1991.

FLEURY, S. **Em busca de uma teoria do Welfare State. Estado sem cidadão: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. 2. ed. São Paulo: Unesp, 1991.

IYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

LARANJEIRA, S. Reestruturação produtiva nos anos 90: aspectos do contexto internacional no setor de serviços. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, n. 33, p. 35-48, 1997.

LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

MANZINI COVRE, M. L. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

MARSIGLIA, R. M. G. **Servidor, funcionário, trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde**. 1993. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTINS, J. S. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

_____. **O poder do atraso ensaios de sociologia da história lenta**. São Paulo: Hucitec, 1999.

NATALINI, G. T. **O Conselho de Saúde**, manual nº 1, Conasems, Unicef, Instituto Sallus. s/d. (mimeografado)

OLIVEIRA, F. Vanguarda do atraso e o atraso da vanguarda: Globalização: o neoliberalismo na América Latina. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIOLOGIA, 21., *Conferência magistral*. São Paulo: ALAS, 1997.

BRESSER PEREIRA, L. C. Entre o Estado e o Mercado: o público não estatal. In: _____. **O público não- estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

RAMOS, C. L. Conselhos de Saúde e controle social In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice o social e o político na pós- modernidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Lua Nova Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 39, 1997.

_____. Subjetividade, cidadania e emancipação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, jun. 1997.

VÉRAS, M. P. B. Estrangeiros em São Paulo questões introdutórias ao debate sobre alteridade e território nos tempos globais. **Revista Sociedade e Estado**, v. 13, n. 1, 1998.

_____. Notas ainda preliminares sobre exclusão social, um problema brasileiro de 500 anos. In: _____. **Por uma sociologia da exclusão social o debate com Serge Paugam**. São Paulo: Educ, 1999.

VIEIRA, L. B. Cidadania e controle social. In: BRESSER PEREIRA, L.C. (Org.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

WANDERLEY, L. E. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: _____. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: Educ, 1997. XIII, nº 1, jan./jul. 1998.

_____. Massas e Sociedade Civil – notas para um estudo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo v.8, n. 2, abr./jun. 1994.