

**A (RES)SIGNIFICAÇÃO DA CIDADANIA NA CONSTRUÇÃO DO ESTADO E DA
SOCIEDADE BRASILEIRA**

Lívia Lima Nogueira dos Santos^a

Camila Neves Sá^a

Bianca Pereira^a

Mariluce Karla Bomfim de Souza^b

Lucimeire Santos Carvalho^c

Resumo

O significado de cidadania foi construído no decorrer do processo de formação do Estado brasileiro, de forma a justificar e consolidar a estrutura econômica e política vigente. Nesta perspectiva, seu conceito esteve, durante muito tempo, traduzido em benefícios concedidos, em detrimento da participação popular. A partir da década de 80, com a implantação da constituição Cidadã, foi conferido à cidadania um caráter mais ativo e de direitos conquistados, requerendo uma mobilização da sociedade brasileira. No entanto, apenas a formulação legal não foi suficiente para a efetivação do controle social. Assim, uma reflexão sobre a construção dos valores e sentidos atribuídos à cidadania no processo de formação do Estado brasileiro parece-nos importante, pois acreditamos ser este um dos passos para a efetivação da participação popular e conseqüente consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Cidadania. Participação popular. Políticas de saúde.

THE NEW MEANING OF CITIZENSHIP IN THE CONSTRUCTION OF THE STATE AND
BRAZILIAN SOCIETY

Abstract

The meaning of citizenship was built during the formation of the Brazilian state, in order to justify and consolidate the economic and political structure in effect at the time. From this

^a Cirurgiã-Dentista, Residente Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família da Universidade do Estado da Bahia.

^b Mestre em Saúde Coletiva, Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Pública – ISC/UFBA. Professora visitante/UNEB. Preceptora do Núcleo de Saúde da Família da Residência Multiprofissional em Saúde.

^c Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem/UFBA. Professora assistente/UNEB. Orientadora. Coordenadora de Núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde.

Endereço para correspondência: Rua L, Quadra 4, Lote 5, Jardim Brasília, Pernambués. CEP: 41100-160.

Telefone residencial: 71-3431-6925 Telefone institucional: Coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia: 71-3117-2210. E-mail: meirebom@yahoo.com.br

perspective, its concept was translated into conceded benefits over a long period of time, to the detriment of popular participation. After the 80s, with the implementation of the Citizenship constitution, the citizen was granted more active participation and rights thus requiring the mobilization of Brazilian society. However, the legal formulation alone was not sufficient for social control. Thus, a reflection on the construction of values and meanings attributed to citizenship in the formation of the Brazilian state seems important to us, because we believe this to be one of the steps for implementing popular participation, and the consequent consolidation of the Unified Health System.

Keywords: Citizenship. Popular participation. Health politicals.

INTRODUÇÃO

A cidadania nem sempre foi entendida como hoje, modificou-se, ressignificando a partir de um movimento histórico-cotidiano e de amplo debate na pauta de saúde. O direito à vida, liberdade, propriedade e igualdade perante às leis, enfim, os direitos do cidadão têm sentido deliberados na variante de tempo e espaço do ocorrido, com avanços e recuos a depender das tensões e organizações sociais passadas e presentes.

O significado da cidadania na sociedade brasileira foi construído no decorrer do seu processo histórico e de formação do Estado, de forma a justificar e consolidar a hegemonia da classe política, seus interesses e o modo de produção capitalista. Neste sentido, durante muito tempo, a concepção dominante de cidadania esteve atrelada à concessão de benefícios pelo Estado à classe trabalhadora, a fim de manter o sistema vigente.

Ainda na década de 80, ao significado de cidadania esteve instituída a noção de benefício social, no qual os cidadãos eram vistos como seus meros receptores. Não era oportuno naquele momento para a classe dominante fomentá-la como um direito social nem em uma concepção de cidadania ativa em que a população participasse da construção e implementação de políticas públicas de saúde, mesmo por que colocaria em risco os privilégios e a hegemonia que essa usufruía.

No entanto, anos e anos de exclusão de acesso aos benefícios sociais, principalmente no setor da saúde, daqueles que não trabalhavam ou que não participavam de uma categoria profissional reconhecida, não tardariam em criar uma crise no próprio Estado. Este processo de inquietação social propiciou o surgimento da reforma sanitária, que veio a modificar o conceito de saúde e de cidadania para um modelo mais ampliado e de caráter universal, fruto de uma construção coletiva, fato que fomentou a Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã.

Desse modo, pensar sobre o conceito de cidadania enquanto construção social e

não apenas como direito à assistência, parece-nos importante, pois somente a efetivação da constituição cidadã de 1988 não garantiu à população brasileira o direito de participação popular.

Pontua-se que vários fatores podem estar relacionados a essa concepção, como a nossa tradição histórica de escravização moral, social e intelectual, que nos remete a uma alienação social, também inerente às relações de produção capitalista, como pensava Marx na sua reflexão sobre o modo de produção.

Este artigo busca fazer uma reflexão sobre a significação da cidadania da era Vargas até os dias atuais, por entender que, na época, se criaram as primeiras instituições públicas voltadas para a saúde e, pela primeira vez, o governo brasileiro oportunizou um espaço para a participação popular, instituindo o conceito de cidadania regulada. Assim, acredita-se que a análise do processo histórico de formação do Estado e da sociedade brasileira, na perspectiva de construção de uma cidadania mais ativa é um importante passo para consolidação da participação popular e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Para a coleta de dados da pesquisa, utilizamos o acervo bibliotecário de duas Universidades Públicas de Salvador – BA e consulta na base de dados Bdenf, Lilacs e Medline, para levantamento de artigos, dissertações e teses que versassem sobre o assunto e que embasassem a fundamentação teórica e/ou analítica do tema em questão. Utilizamos para busca dos artigos os descritores: Cidadania, Participação Popular, Políticas de Saúde. Por conseguinte, emergiram, como derivados da pesquisa, inúmeros artigos de diversos periódicos indexados, porém, dos listados, selecionamos para o estudo os que apresentavam registros sobre os conceitos de cidadania, seu histórico e as contribuições para a formação do Estado e da sociedade brasileira, que estão aqui apresentados desde 1986 até 2007.

A FORMAÇÃO DE ESTADO E DA CIDADANIA BRASILEIRA

A idéia de sociedade civil obteve visibilidade a partir do século XVIII, representando a sociedade dos cidadãos, entendidos como aqueles que possuíam direitos e deveres. Com o passar do tempo, a concepção de cidadão foi ganhando cada vez mais complexidade, ampliando o conceito de cidadania nesse momento civil, político e, no século XX, social¹. No início do século XX, a idéia de proteção sanitária foi incorporada como política do Estado, instituindo e, na segunda metade deste mesmo século, a idéia de Estado de Bem-Estar Social, no intuito de reforçar a lógica econômica, em virtude da evidente dependência entre as condições de saúde e de trabalho².

Da mesma forma, a cidadania na sociedade brasileira foi incorporada enquanto política social estatal como estratégia para compensar as desigualdades e tensões sociais, fruto do processo histórico de exploração econômica e social em que a sociedade brasileira esteve

submetida desde o processo de colonização. Assim, mantinham-se os processos de trabalho, acumulação de capital e hegemonia daqueles que compunham o cenário político.

O processo desordenado de ocupação do território brasileiro e de crescimento econômico culminou em péssimas condições de vida e de saúde à população trabalhadora, que pouco usufruiu dos benefícios do modo de produção capitalista. Nesse interim, manteve-se todo esse tempo uma grande parcela da população excluída de adequadas condições de vida, ocasionando surtos epidêmicos que comprometiam a estrutura política e econômica capitalista, criando uma instabilidade social.

Os surtos epidêmicos, como o da febre amarela na Capital da República, requisitou do Estado políticas de saúde que normalizassem e organizassem a distribuição dos serviços³.

Os benefícios sociais, reconhecidos mais tarde como direito social à saúde pela Constituição de 1988, permaneceram, desde o período Vargas até a sua consolidação, restritos àquelas pessoas que trabalhavam em uma categoria profissional reconhecida pelo Estado, portanto, concebidos, naquele momento, como uma concessão à população e não como um direito a ser conquistado.

A classe hegemônica detentora do capital e do poder tem construído a sua concepção de cidadania, enquanto uma concessão do Estado, “um favor”, e não como um direito a ser conquistado pela sociedade. Nesta concepção, procura-se manter a classe trabalhadora passiva e receptora de direitos agilizados espontaneamente pelos capitalistas e governantes⁴.

Tal fato remete-nos à concepção marshalliana de cidadania, a qual se configura em uma perspectiva passiva da aquisição de direitos pelo Estado, uma vez que este considera a cidadania como um *status* outorgado pelo Estado a todos aqueles considerados membros plenos de uma comunidade, possuindo estes os mesmos direitos e deveres com os quais o *status* é dotado⁵.

Entretanto, tendo em vista que a noção de “membros plenos de uma comunidade” é relativa e de critérios poucos definidos, ao defender a cidadania, como forma de inclusão em uma comunidade, o conceito adquire um caráter ativo, que demanda “espaço público”, Estado-nação de participação política para “cidadãos ativos” em sua sociedade⁶.

A cidadania, enquanto direito social, foi pensada mais tarde de forma a atender às necessidades humanas básicas, que garantisse a integridade da força de trabalho, configurando-se em direito à saúde, trabalho, educação, habitação, alimentação, salário⁴. No entanto, nem todos usufruem desses direitos da mesma forma, o “[...] grau de cidadania de uma população varia de acordo com sua capacidade de garantir maior ou menor qualidade na reprodução de sua força de trabalho”^{7:32}.

A concepção de cidadania brasileira foi construída no decorrer de três momentos políticos. No primeiro, época da cidadania regulada, entre 1945 e 1964, um período de controle

social do governo sobre a sociedade, correspondente à ditadura populista e nacionalista de Vargas. O segundo, que durou de 1964 a 1984, abrangeu o período militar, no qual a cidadania continuou com seu caráter regulado, mas com uma forte repressão à participação popular; e o terceiro, que se efetivou, a partir de 1988, com a democratização do País e a criação da Constituição Cidadã, para uma cidadania mais ativa.

A cidadania regulada é aquela definida por uma estratificação ocupacional, sustentada por normas legais e não por valores políticos. Assim, a aquisição de direitos e deveres pelos cidadãos e sua concessão pelo Estado estão subordinadas à regulamentação profissional de cada um, para aquelas pessoas da sociedade que ocupam um determinado local no processo produtivo, ou seja, os que não possuíam uma profissão reconhecida legalmente viviam à margem da sociedade e excluídos de seus direitos ⁸.

No Brasil, a cidadania regulada é de caráter parcial e foi concedida pelo governo Vargas, por meio de articulação entre a política de governo e o movimento sindical, caracterizada pela criação das primeiras instituições públicas de assistência médica, habitação e previdência. Trata-se de uma subordinação da saúde ao sistema de previdência social estatal, com a estratificação ocupacional disposta em categorias de incluídos e não-incluídos. Naquele momento, eram reconhecidos como cidadãos (os incluídos) aqueles de ocupação reconhecida em lei e que contribuíam para a previdência social, excluindo-se uma grande massa de trabalhadores autônomos, rurais e urbanos, cuja ocupação não fosse regulamentada ⁹.

Nessa época, criaram-se as primeiras instituições públicas direcionadas para as políticas sociais que iriam garantir condições dignas de qualidade de vida a alguns trabalhadores de forma a manter o seu potencial de trabalho. Até então, o direito à saúde deveria restringir-se apenas à assistência, pois somente esta era essencial para a manutenção das relações produtivas. A participação popular na era Vargas foi também representada pelos sindicatos, que não possuíam autonomia, pois o Estado fiscalizava suas atividades por meio de seus representantes, chamados de pelegos, infiltrados nos movimentos sindicais sem que estes soubessem.

Como afirma Vieira ^{1:10}, a política social brasileira:

[...] compôs-se e recompôs-se, conservando em sua execução o caráter fragmentário, setorial e emergencial, sempre sustentada pela imperiosa necessidade de dar legitimidade aos governos que buscam bases sociais para manter-se e aceitam seletivamente as reivindicações e até as pressões da sociedade.

O segundo momento político brasileiro inicia-se com o golpe militar e a instituição da ditadura, que permaneceu até 1984. O modelo econômico proporcionou um desenvolvimento

de internacionalização da economia apoiado no capital nacional, estado e capital multinacional. A política econômica, direcionada para a concentração de renda, não se preocupou em garantir condições dignas de saúde para a população³.

Nesse período, a participação popular, representada pelos estudantes, intelectuais e profissionais, opositores do regime autoritário e da opressão sofrida pela população brasileira, foi fortemente reprimida. O modelo econômico estava baseado na lógica da viabilidade econômica e de baixo investimento em políticas de saúde, sendo estas verticalizadas e de baixo impacto, precarizando, ainda mais, as condições de vida da população.

Tais condições acarretaram uma crise social que levou ao fim da ditadura militar e à instalação do regime democrático, com a vitória de Tancredo Neves nas “diretas já”, quando houve a tentativa de instaurar a cidadania plena, resultante de um processo histórico de lutas e conquistas travadas pelos diversos atores na arena social.

A superação da cidadania regulada foi um processo histórico de conquista, no qual importa especial atenção à maneira como a sociedade organiza, mobiliza e representa a noção de cidadania⁹.

Junto com as grandes mudanças na vida da sociedade brasileira, nessa época, instala-se uma profunda crise financeira da Previdência Social, surgindo, a partir daí, a Reforma Sanitária. O movimento de Reforma Sanitária reuniu diversos setores da sociedade, que questionaram as condições de saúde da população brasileira, no intuito de constituí-la de caráter universal, descentralizada, representada pelo Sistema Único de Saúde¹⁰. Da mesma forma, dentro do contexto da reforma sanitária, a inclusão do direito à saúde de forma universal, garantida pela Constituição de 1988, foi uma importante conquista no processo de construção da cidadania brasileira¹¹.

Até então considerada como uma concessão do Estado, a partir de 1988, a saúde torna-se um direito de caráter universal, conquistado pela participação social por meio do movimento de reforma sanitária. Neste caso, a própria participação da sociedade redirecionou uma modificação na concepção de cidadania, ampliando seu conceito por instituição dos deveres e direitos do cidadão, incluindo nestes últimos um caráter mais ativo para a participação popular.

A participação popular foi institucionalizada no Brasil a partir da década de 80, devido às modificações da relação entre o Estado e a sociedade e da democratização política. E, no setor da saúde, representada pelo controle das ações do Estado pela sociedade, conforme os interesses da coletividade¹².

A participação dos usuários nas diversas instâncias políticas ligadas ao setor de Saúde, nos conselhos e conferências, confere um novo conceito de cidadania, não só restrito à assistência, mas também à participação no processo de construção das políticas públicas mais

adequadas às suas necessidades de acesso ao conhecimento das diversas especialidades de saúde e para fiscalização e propostas de novas ações. Torna-se, portanto, indispensável que a participação popular seja efetivada como um direito social no âmbito da saúde, pois, mesmo garantida pela constituição de 1988 e pela lei 8.142/90, ela não está sendo efetivada na prática.

Guizardi e Pinheiro^{13:799} afirmam que:

[...] a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto das práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde. Com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício [...]

De fato, a cidadania brasileira foi construída em momentos políticos nos quais não se considerava a participação popular na construção e seguimento de políticas públicas de saúde, pois promover a cidadania plena seria colocar em risco o papel regulador e fiscalizador do Estado e conceder à população um espaço de participação crítica e de reivindicação que contestaria o seu próprio poder.

Outro motivo que pode estar associado à tímida participação da população brasileira nas políticas públicas de saúde é o fato do setor de Saúde estar atrelada ao capital do Banco Mundial (BM) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pois o discurso defendido por estas entidades é que os recursos sejam focalizados para atenuar as condições das parcelas mais empobrecidas da sociedade, colocando-a como parceira do Estado, em detrimento da sua função de controle social¹⁴. Assim, o modelo participativo de cidadania social, embora legalmente garantido, pode não ser exatamente aquele exercitado pelos movimentos sociais no Brasil, tendo em vista, entre outras questões, a vulnerabilidade, miserabilidade e desigualdade vivenciadas pela população¹⁵.

O modelo econômico de baixo investimento em políticas sociais, focado somente na atenção básica de baixo custo e de baixa potência, vem inviabilizando a implementação dos ideais da reforma sanitária e do SUS, tal como a participação popular na implementação e construção de políticas públicas¹⁶.

Observa-se, na prática, que a cidadania, enquanto direito à saúde, ainda se encontra vista pela população de forma restrita à assistência, centrada nos obstáculos de uma cultura política tradicional de comodismo e resistente à transformação, pois, na verdade, durante muito tempo da história brasileira essa foi construída e regulada pelo Estado, visando manter a população passiva. De outra forma, era possível também contribuir para a manutenção da hegemonia política e social da classe dominante.

Os usuários ainda possuem uma visão limitada da saúde, centrada no modelo biomédico, e tendem a esperar que seus problemas sejam resolvidos por outros indivíduos ou, simplesmente, não sabem a quem recorrer, desconhecendo sua função de agente transformador da realidade onde estão inseridos, por isto reconhecem como cidadania apenas o direito à assistência e como ter um bom relacionamento com os profissionais de saúde¹⁷.

Faz-se necessário planejar a democratização das organizações da sociedade civil e das instituições de saúde, pois, na concepção original do processo reformista, não se considerava a saúde apenas na conotação de assistência aos indivíduos¹⁸.

No início do século XXI, somente será legítimo organizar o Estado a partir do regime democrático, por meio da implantação de veículos diretos de participação popular no controle das ações e políticas estatais¹⁹.

Assim, conjecturamos que a cidadania plena pode ser desfrutada pela sociedade por ações de participação social, gestão participativa, conselhos locais de saúde, associação de moradores, entre outros.

A participação social tem como condição a redistribuição do poder na sociedade, visando à contribuição do usuário no processo decisório sobre as políticas públicas de saúde, controle da administração pública, realização de parcerias efetivas entre frações do Estado e organização da sociedade civil, práticas de autogestão e intervenção direta nas ações públicas¹⁸. Da mesma forma, a participação popular direta é uma forma de redistribuir o poder e não ocorre sem que haja um conflito entre as classes sociais diretamente interessadas²⁰.

Já a gestão participativa é um conjunto de políticas construídas em parceria com a sociedade. Participativa porque possui como atores sociais os gestores, profissionais e usuários, proporcionando aos envolvidos o exercício do aprendizado, entendendo a responsabilidade como solidária e deve ser, primeiramente, assimilada, compreendida e internalizada. Gestão porque busca eficiência e eficácia com efetividade e construção coletiva¹⁸.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados deliberativos e de caráter permanente em cada esfera de governo. Esses são compostos por usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%) e prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%), e possuem por responsabilidade a criação e proposição de táticas e controle de políticas de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros. Trata-se da participação da sociedade organizada fiscalizando as ações do governo, atuando na formulação e controle das políticas de saúde, e procurando assegurar o controle social²¹.

No entanto, ainda hoje as práticas instituídas dentro das instituições pelos profissionais de saúde estimulam o voluntarismo, a espontaneidade e a aleatoriedade das atividades participativas, retardando o avanço nessas questões²².

É necessário garantir à população, em nosso cotidiano, a sensibilização para a construção das políticas de saúde, para que a cidadania deixe de ser vista pelos usuários apenas como acesso aos serviços de saúde, mas como participação da população na gestão, consolidação, controle e regulação das políticas públicas brasileiras.

Isso pode ser feito por socialização do saber da saúde, acesso dos usuários à dinâmica e rotina dos serviços de saúde, criando-se, paralelamente, políticas de sustentabilidade e desenvolvimento em nível local para amenizar o sofrimento social ao qual a maioria está submetida, possibilitando o empoderamento, a reivindicação e a construção social.

Para tanto, cabe também aos profissionais de saúde colocar seus conhecimentos em benefício dos usuários, articulando diferentes posições políticas e sociais, transformando-as em ações pertinentes do serviço público de saúde, e permitindo a manifestação do controle social ²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pouco adianta os referenciais teóricos e as tentativas de garantir um espaço de construção política e social, quando existem impasses para efetivação da cidadania plena, pelos valores e saberes da população que ainda estão enraizados em momentos históricos anteriores, caracterizados pela passividade, conformismo, alienação e baixo nível de instrução ou, ainda, pela fragilidade nas instituições de saúde em pactuar o controle social junto à população.

Trabalhar com a sensibilização popular para participação e empoderamento social constitui tarefa árdua e difícil, que demanda um tempo incalculável, provavelmente, tão longo quanto o próprio processo histórico em que a concepção de cidadania de “assistência” foi estabelecendo e enraizando seu próprio significado.

Faz-se necessário abrir uma discussão de que formato de cidadania será requerido, pleiteado e adotado, visto, de um lado, estão os teóricos, que defendem a visão de controle social e, do outro, a sociedade, com seus próprios conceitos e valorizações sobre cidadania, garantindo, desta forma, que não haja uma imposição da cidadania desgarrada da realidade, do contexto ou das prioridades da população, mas como produto de uma construção coletiva para sua efetivação.

Assim, não devemos eximir-nos da responsabilidade de fomentar o controle social e a efetivação da cidadania plena em âmbito prático e teórico, com todos os setores envolvidos, na conquista e fortalecimento do poder de decisão coletivo.

De outra forma, em virtude do processo de significação e percepção da cidadania ser modificado ao longo dos tempos, em decorrência do próprio processo de transformação social, das relações e organizações da própria sociedade e do Estado, não pretendemos encerrar

esta discussão. A reflexão aqui apresentada é mais um passo para o entendimento da sua construção e de como esta está sendo efetivada na prática.

REFERÊNCIAS

1. Vieira E. A política e as Bases do Direito Educacional. Cadernos Cedes, Ano XXI, nº 55, 2001. Extraído de: [<http://www.scielo.br/>], acesso em [23 de março 2007].
2. Dallari SG. A participação popular na Vigilância Sanitária para a garantia do direito a Saúde. Saúde em Debate 2003; 27(65):364-75.
3. Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.587-603.
4. Covre MLM. O que é cidadania. São Paulo: Brasiliense; 1991.
5. Brasil MS. Secretaria de Assistência à Saúde. Inovação gerencial em Serviços Públicos de Saúde e cidadania. Elaborado por: Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. Brasília, DF; 2002. 80p. Extraído de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_gerencial.pdf], acesso em [22 de outubro de 2007].
6. Mendes VLP. Inovação gerencial da administração pública, cidadania e direito dos brasileiros. VLP MENDES - Revista Organizações & Sociedade, 2001. Extraído de [www.revistaoes.ufba.br/], acesso em [22 de outubro de 2007].
7. Valla VV. Educação, Saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. Cad. Saúde Pública 1992; 8(1):30-40.
8. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A formulação das Políticas Sociais. In: Gestão de saúde: Censo para aperfeiçoamento de dirigentes municipais de Saúde. Brasília: Unb; 1998.
9. Goulart FAA. Social representations, political action and citizenship. Cad. Saúde Pública 1993; 9(4):477-86.
10. Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de Saúde Pública. In: Figueiredo NMA, organizador. Práticas de Enfermagem: ensinando cuidar da Saúde Pública. 4ª ed. São Paulo: Difusão; 2003; p.47-72.
11. Costa AM, Noronha JC. Controle social na Saúde: construindo a Gestão Participativa. Saúde em Debate 2003; 27(65):358-63.
12. Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

13. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(3):797-805.
14. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(3):753-60.
15. Peirano M. Sem lenço, sem documento — Reflexões sobre a cidadania no Brasil. *Sociedade & Estado*. 1986; 1:49-64.
16. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(2):429-35.
17. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(2):1-10.
18. Misoczky MC. Gestão Participativa em Saúde: Potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):336-47.
19. Dallari SG. A justiça, o direito e os bancos de dados epidemiológicos. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2007; 12 (3): 633-41. Extraído de [<http://www.scielo.br>], acesso em [23 de julho de 2007].
20. Stotz E. Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família. *Revista Interface* 2006; 10(20): 537-39. Extraído de [<http://www.interface.org.br>], acesso em [25 de junho de 2007].
21. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Brasília: DF, 2003. Extraído de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resolucao_333.pdf] acesso em [23 de julho 2007].
22. Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3):443-54.
23. Dornelles S, Locks MT. Controle social: de quem? Para o quê? *Saúde em Debate* 2003; 27(65):348-57.

Recebido em 09.08.2007 Aprovado em 31.10.2007