OS CONSELHOS DE SAÚDE E AS POLÍTICAS DE CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

BOARDS OF HEALTH AND SOCIAL CONTROL POLICIES IN BRAZIL

Marcos Sidnei Bassi [1]

Resumo:
O presente artigo trata - a partir das políticas de reformas do Estado desde a década de 1990 - do surgimento das políticas de controle com o recorte nos Conselhos de Saúde enquanto instrumento participativo de controle social. Para empreender tal análise utilizamos o conceito que tem sido empregado nos estudos recente acerca de gestão pública: *accountability* ou responsabilização. A partir da conceituação, analisamos a relação entre a responsabilização, com foco no controle social sob a qualidade de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (APS) em cinco municípios do ABC: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema e Mauá. Em nosso trabalho de campo utilizamos o instrumento de pesquisa denominado PCA Tool Brasil – Primary Care Assessment Tool.
Palavras-chave: políticas, gestão pública, conselhos de saúde

Abstract:
This article comes from the policy reforms of the state since the 1990s, the emergence of control policies with the cutout on the Boards of Health as a participatory instrument of social control. To undertake this analysis we use the concept that has been used in recent studies on public management: *accountability.* From conceptualization, we analyze the relationship between accountability, focusing on social control on the quality of services in Primary Health Care (APS,

[1] Possui graduação em Direito pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (2009), graduação em Ciências Socias pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (1987), mestrado em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas - SP (1995) e Doutorado em Ciências Sociais - Sociologia, pela PUC-SP.

in portuguese) in five county in ABC: Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul, Diadema e Mauá. In our fieldwork we used research tool called PCA Tool Brasil – Primary Care Assessment Tool.
Key-words: policy, public administration, health advice

INTRODUÇÃO

A Administração Pública no Brasil vem ao longo de sua história desenvolvendo formas de melhoria de sua gestão. As iniciativas, denominadas genericamente como Reformas Administrativas, estão presentes na formação e na evolução do Estado Brasileiro desde a primeira metade do século XX (GRAHAM, 1997). A última grande ação de reforma planejada e articulada politicamente no Brasil ocorreu a partir de meados da década de 1990. O movimento coordenado por Luiz Carlos Bresser-Pereira quando estava à frente do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE foi denominado Reforma Gerencial ou Administração Pública Gerencial. O modelo propôs flexibilizar a burocracia do Estado a favor de ganhos de eficiência administrativa[2]. Para legitimar e desenvolver um novo marco regulatório para a gestão pública, a Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998 que altera a redação do artigo 37 da Constituição, incluiu o princípio constitucional da eficiência como objetivo das ações da Administração Pública, nos âmbitos municipal, estadual e federal, abrangendo tanto a administração direta como a indireta.

De forma geral, os modelos de reformas administrativas/gerencias estruturam-se de acordo com orientações de natureza política e ideológica, frutos de um determinado momento histórico do Estado (COSTA, 2010). Entretanto, alguns componentes estão presentes em quase todos os modelos: trata-se do controle das ações do Estado.

Existem várias formas de exercer o controle no âmbito da Administração Pública. Modelos mais conservadores, herdados do sistema de freios e contrapesos de Montesquieu (1979), focam o controle dentro dos limites da própria administração (lei 8.666/93, Lei 8.429/92, Código Penal, Controles Internos, Tribunais de Contas, Ministério Público, etc.). Entretanto,

[2] Eficiência relaciona-se ao fazer certo, otimizando a relação entre o resultado alcançado e os recursos empregados.

propostas mais recentes fundadas em princípios de cidadania, deslocam o foco do controle para além das fronteiras da própria administração (PAULA, 2005). É o denominado Controle Social. Podem-se enxergar exemplos do controle social nos conselhos de saúde, de educação, nas iniciativas dos orçamentos participativos, nos portais de transparência, entre outros.

Um conceito chave que vem sendo empregado de forma crescente nos estudos acerca da gestão pública, quando referenciado à questão do controle, é o de "accountability" ou responsabilização (CENEVIVA e FARAH, 2007). Este conceito reflete de forma comumente a ideia da fiscalização dos agentes públicos. Entretanto, ainda não há um consenso sobre a delimitação de seus objetos, sujeitos e meios de controle. Neste trabalho, adotaremos o conceito de responsabilização que englobe não somente os mecanismos de controle formais e institucionalizados, como também os agentes de responsabilização tais como organizações da sociedade civil e participação popular.

Analisaremos a relação entre a responsabilização, especialmente aquela exercida através do controle social, e a qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde – APS em cinco municípios da região do ABC, a saber, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema e Mauá. Tal objetivo busca aprofundar o entendimento acerca do pressuposto recorrente da literatura sobre o tema, indicando a existência de uma relação causal entre os mecanismos de responsabilização e a qualidade dos serviços públicos (PRZEWORSKI, 1996). Evidencia-se, também, em experiências descritas no Banco de Dados do Centro de Estudos em Administração Pública e Governo da EAESP-FGV[3].

MÉTODO

O objetivo central desse artigo é testar a hipótese de uma relação positiva entre a Responsabilização através do Controle Social (avaliado através das decisões tomadas pelos Conselhos de Saúde) e a qualidade dos serviços de saúde enquanto resultado de uma política pública.

No tocante aos serviços de saúde, pensou-se inicialmente em medir o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde prestado pelo muni-

[3] http://www.eaesp.fgvsp.br/default.aspx?pagid=EOMDMOSP&menuid=1660

cípio. Entretanto, após considerações de especialistas em saúde pública e em pesquisa científica, optou-se por utilizar um instrumento para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde – APS. Essa mudança de orientação ocorreu em função de dois motivos.

O primeiro refere-se a uma questão de ordem metodológica, ou seja, as pesquisas tradicionais de qualidade em serviços de saúde (que avaliam as dimensões Atendimento, Atuação dos Profissionais, Instalações, Comunicação e Expectativa/Satisfação), mostram que os usuários são poucos críticos em relação à qualidade, podendo resultar que uma avaliação positiva não expresse efetivamente a qualidade dos serviços, mas sim uma ausência de opinião ou mesmo um aceitação do paternalismo médico (WILLIANS, 1994). Além disso, pesquisas anteriores mostram que os usuários tendem a *"a avaliar os serviços públicos de saúde positivamente mesmo quando estes apresentam problemas diversos. Uma das explicações apresentadas é a de que os usuários têm uma baixa expectativa em relação aos serviços devido à dificuldade de conseguirem o atendimento, sentindo-se satisfeitos apenas com o fato de consegui-los"* (HOLLANDA, 2008, pág. 11).

Dessa forma optou-se por utilizar um instrumento de pesquisa em que não se avalia a qualidade dos serviços de saúde através da percepção de satisfação do usuário, mas sim busca avaliar dimensões objetivas da ocorrência de Atenção Primária à Saúde – APS, reduzindo, portanto, a subjetividade da avaliação.

O segundo motivo refere-se à importância da Atenção Primária à Saúde. Como estratégia de política pública na área da saúde, a Atenção Primária, ao invés de concentrar grandes investimentos em poucas unidades complexas de saúde (principalmente hospitais), foca seus esforços em evitar a doença ou, quando de sua ocorrência, detectá-la precocemente, diminuindo os custos de tratamento e melhorando significativamente as possibilidades de cura.

A nossa primeira intenção era avaliar a qualidade percebida pelos usuários dos serviços prestados em unidades de saúde (UBS`s e Hospitais). Entretanto, após avaliação do grau de subjetividade dos instrumentos de pesquisa bem como das dificuldades operacionais da pesquisa, optou-se em mudar a dimensão a ser pesquisada. Após análise das possibilidades de quais variáveis poderiam prestar-se para avaliar a efetividade de política pública na saúde, optou-se pela Atenção Primária à Saúde.

A partir da década de 1970 vários autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde (OPAS, 2005). Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a APS é a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população.

Para mensurar essa variável utilizamos o instrumento de pesquisa denominado PCA Tool Brasil – *Primary Care Assessment Tool* (Anexo I). Criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, o PCA Tool mede a presença e a extensão de 4 atributos essenciais e de 2 atributos derivados da APS. São eles:

- "Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

- Além dos quatro atributos essenciais, outros dois atributos despontam como qualificadores da APS. São os denominados atributos derivados da APS (STARFIELD, 2001):

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): consiste na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral. Deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços."(Ministério da Saúde, Brasília, 2010)

O PCA Tool, criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), fundamenta-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Cada atributo identificado no instrumento PCA Tool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo).

Este instrumento foi adaptado à realidade brasileira através de um processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006; DUNCAN,

2006), sendo já validado em outros países (PASARÍN, 2007; LEE, 2009).

Os quatro atributos essenciais, somados aos dois atributos derivados, foram medidos através de nove conjuntos de questões: (1) Acesso de Primeiro Contato – Utilização, (2) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, (3) Longitudinalidade, (4) Coordenação de Atenção – Integração de Cuidados, (5) Coordenação de Atenção – Sistemas de Informação, (6) Integralidade – Serviços Disponíveis, (7) Integralidade – Serviços Prestados, (8) Orientação Familiar e (9) Orientação Comunitária.

É importante ressaltar algumas limitações. Em primeiro lugar, em relação à pesquisa utilizando o PCA Tool, existem variáveis que não foram controladas e que podem afetar os resultados. Por exemplo, variáveis como tamanho do município, condição socioeconômica dos munícipes, PIB per capita, entre outras, podem interferir nos resultados da avaliação da Atenção Primária à Saúde. Por exemplo, quanto menor for o município, quanto melhor for a condição socioeconômica dos munícipes e quanto maior for o PIB per capita, menor será a pressão sobre o sistema público de saúde. Dessa forma, a prestação do serviço de saúde seria facilitada, melhorando, portanto, o desempenho desse município.

RESULTADOS

Através da análise da Tabela mostrando os Resultados Gerais por cidade, verificamos que o município de São Caetano do Sul apresenta os melhores scores em quatro das nove dimensões avaliadas, a saber, Acesso de Primeiro Contato – Utilização (acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas), Coordenação – Integração de Cuidados (pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente), Integralidade – Serviços Prestados (leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto

de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros) e Orientação Comunitária (reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços).

Santo André apresenta três melhores scores dos nove medidos, a saber, Longitudinalidade (existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo), Coordenação – Sistemas de informação (disponibilidade de informações anteriores do paciente) e Orientação Familiar (consiste na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral. Deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar).

São Bernardo apresenta um único score de destaque, Integralidade – Serviços disponíveis (leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros).

Diadema apresenta também um único score de destaque, Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas).

Comparando esses maiores scores com a Análise das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde, os dados sugerem que não existe uma relação direta entre as decisões tomadas no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde e a qualidade da APS. Como mostra a Análise do Conteúdo das Atas dos Conselhos, São Caetano apresenta o menor grau de qualidade, profun-

didade e representatividade das decisões tomadas e a maior quantidade de scores superiores de qualidade em relação à APS.

Dos nove scores medidos, Santo André apresenta três melhores scores em relação aos outros municípios pesquisados. A análise do conteúdo das atas mostra que esse município pode ser classificado como o segundo com menor qualidade, profundidade e representatividade das decisões. Inversamente, o município com maior qualidade de decisão, São Bernardo do Campo, apresenta somente um destaque dentro da APS. Tal fato repete-se com Diadema. Mauá, cuja análise das atas revelou um conselho com uma qualidade decisória, não apresentou nenhum score de destaque em relação aos outros municípios pesquisados.

Os dados sugerem, no âmbito de cada município, que independentemente da qualidade, profundidade e representatividade das decisões tomada pelos Conselhos Municipais de Saúde, tais decisões não afetam positivamente a qualidade da APS. Entendendo a qualidade medida da APS como fruto de uma política de saúde e projetando a conclusão acima, podemos dizer que a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde não afeta os resultados da política de saúde dos municípios pesquisados.

Segundo o IBGE, em 2001, existiam mais de 22.000 conselhos municipais no Brasil, predominantemente na saúde (5.426), assistência social (5.178), direitos da criança e adolescentes (4.306) e educação (4.072).

Este fato, de acordo com Souza (2004), reflete um movimento de consolidação da democracia através do *empowerment*[4] dos municípios no processo decisório sobre políticas públicas. Isto pode ser constatado através das transferências constitucionais (Fundo de Participação dos Municípios, SUS, Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica – FUNDEB, entre outros)

No caso da saúde, as Leis 8.080/90 e 8.142/90 e a Resolução 333/2003 estabelecem um novo marco regulatório ao determinar a constituição dos conselhos permanentes de saúde nas três esferas do governo como condição para o recebimento de recursos financeiro federais, determinando que as entidades de usuários (associações de moradores, igrejas, sindicatos, etc.) estejam representadas com 50% dos conselheiros (o restante dividido em 25% representantes dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços privados conveniados).

[4] Empoderamento, aumento do poder.

A análise das atas dos conselhos revelam que, em alguns municípios, ocorre efetivamente manipulação e ausência de sociedade civil organizada. De modo geral, observa-se que no conselho do município de São Caetano do Sul, a maioria das decisões já haviam sido tomadas previamente e, na ocasião da reunião, as mesmas eram simplesmente comunicadas. Especificamente em relação a esse município, os conselheiros em nenhum momento questionam esse formato, revelando um caráter meramente formal e de cumprimento da legislação. Para corroborar essa afirmativa, basta constatar o tempo médio das reuniões desse conselho: em torno de uma hora de reunião (em algumas, esse tempo foi de 40 a 50 minutos, muito inferior à média de 3 a 4 horas de reunião dos outros conselhos). Entretanto, essa manipulação não afeta, como demonstrado nos dados obtidos, a qualidade dos serviços de saúde prestados relativamente à APS.

Experiência semelhante aparece nas reuniões do conselho em Santo André onde, com exceção de duas reuniões, cada uma com um voto em contrário (Atas da 61º. Extraordinária e 173º. Ordinária), todas as votações foram unânimes no sentido de aprovar o assunto da pauta. Percebe-se também a ausência do contraditório. Isso pode ser visto no caso envolvendo a renovação de um convênio com uma organização social. Em uma reunião, foi comunicada a não renovação do convênio com a organização social Instituto Educacional Carvalho devido à problemas na prestação de contas.

No extremo oposto encontra-se as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo. Percebe-se claramente que tanto os assuntos debatidos como a preparação dos conselheiros destacam-se em relação aos outros dois municípios citados. Nessas reuniões surgiram debates em torno do Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA. Outras questões de natureza estratégica fazem parte da pauta como: financiamento via Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, discussão da Emenda Constitucional no. 29, que define percentual de gasto com saúde, Projeto de Lei 25 do Governo do Estado que destina 25% dos leitos para planos privados de saúde, entre outras. É importante destacar que São Bernardo é o único caso em que o secretario de saúde não é o presidente do conselho. Além disso, foi somente nesse município que surgiu uma discussão sobre a necessi-

dade de apuração de possível fraude em um contrato de gestão (Ata da 181º. Ordinária, p. 3).

Mesmo nesses conselhos mais qualificados, verificou-se um baixo grau de conflito de interesses entre os conselheiros sobre os assuntos da pauta. Constatou-se que as decisões dos conselheiros, em raras ocasiões, não foram unânimes. Como exemplo, em São Bernardo do Campo, com exceção de três decisões tomadas em 12 meses, todas as outras foram unânimes. Dessa forma, podemos avaliar que a participação nos conselhos municipais de saúde caracteriza-se por uma participação como *meio* onde ela é utilizada para alcançar objetivos definidos pelas instituições. De outro lado, a participação como *fim*, reconhece o direito da população a participar das decisões que afetam sua vida cotidiana e se constitui em um efetivo instrumento de controle social das instituições (MORGAN, 2001).

TABELA COM OS RESULTADOS GERAIS DO PCA TOOL POR MUNICÍPIO

	Média					
	Santo André	São Bernardo do Campo	São Caetano do Sul	Diadema	Mauá	**Total**
Acesso de primeiro contato - UTILIZAÇÃO	3,43	3,70	3,72	3,42	3,47	**3,55**
Acesso de primeiro contato - ACESSIBILIDADE	1,78	1,92	1,76	1,98	1,83	**1,85**
LONGITUDINALIDADE	2,92	2,62	2,81	2,60	2,71	**2,73**
Coordenação da Atenção – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	3,43	3,18	3,46	3,34	3,30	**3,36**
Coordenação da Atenção – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES	3,16	2,70	3,02	3,07	2,83	**2,95**
Integralidade – SERVIÇOS DISPONÍVEIS	3,13	3,36	2,92	2,30	2,35	**2,81**

Integralidade – SERVIÇOS PRESTADOS	1,82	2,07	2,25	1,96	2,04	**2,03**
ORIENTAÇÃO FAMILIAR	2,55	1,79	2,50	2,25	2,07	**2,24**
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	1,69	2,83	3,18	2,92	1,96	2,52

Resultados Gerais do PCA Tool por município

OS CONSELHOS DE SAÚDE E OS LIMITES DE UMA INTERLOCUÇÃO E INCIDÊNCIA SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SUS

As constatações anteriores induzem a necessidade de questionar se efetivamente a forma como a Responsabilização através do Controle Social vem sendo praticada no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde está sendo eficaz para a qualidade e resultados das políticas de saúde. Os dados analisados indicam a existência de uma discrepância entre a atuação dos conselhos e a qualidade dos serviços prestados, ou seja, mesmo a atuação qualificada percebida em alguns conselhos (como por exemplo, em São Bernardo, Mauá e Diadema) não interfere positivamente na prestação dos serviços de APS. Aplicando a regressão múltipla, percebe-se que o impacto das decisões dos Conselhos Municipais de Saúde nos cinco municípios pesquisados é pequeno, restringindo-se a dimensão Acessibilidade e Orientação Familiar. Isto significa a existência de um hiato entre a atuação dos Conselhos de Saúde e a Gestão das Políticas de Saúde.

Entretanto, é inegável o incremento da participação popular promovido pelos Conselhos Municipais de Saúde. Moreira e Escorel (2009) estimam que os Conselhos de Saúde foram criados em cerca de 5.564 municípios do país envolvendo cerca de 72.000 conselheiros (dados de 2009). Trata-se, segundo os autores, da mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa do país (p. 796).

Ao contrapormos as duas ponderações acima, podemos concluir que, apesar da expressiva ampliação da participação de novos atores (*inclusividade),* a consolidação e ampliação das instituições que viabilizam a participação e a contestação pública (liberalização, direito à oposição) não cresceu na mesma proporção. Esse pode ser um dos motivos que levaram a revogação da Resolução 333/2003.

Quando falamos sobre a estrutura do SUS, o controle social é visto como um dos fatores mais importantes para o sucesso da implantação do modelo. A partir desse pressuposto, duas questões essenciais se colocam: (1) será que a política de indução da participação social, através da imposição legal, tem sido a estratégia mais adequada de se desenvolver essa participação tornando as decisões dos conselhos democraticamente legítimas? e, (2) será que a forma e a dinâmica de participação não estão transformando os Conselhos Municipais de Saúde em um sistema de representação corporativista, tal como definido por Philippe Schmitter[5]? Os resultados dessa pesquisa indicam que as resposta para as perguntas são, respectivamente, *não e sim*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento Síntese para Avaliação Externa.* Brasília, 2012.

COSTA, Frederico Lustosa. *Reforma do Estado e Contexto Brasileiro.* Rio de Janeiro: FGV, 2010

CENEVIVA, Ricardo; FARAH, Marta Ferreira Santos. "O papel da avaliação de políticas públicas como mecanismo de controle democrático da administração pública". In: *Controle Social da Administração Pública*. São Paulo: Editora da UNESP, 2007.

CLAD. *Una Nueva Gestion* Pública para América Latina. Consejo Científico del CLAD, Caracas, 1998. Documento do Conselho Científico do CLAD

DONABEDIAN, Avedis. *La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación*. México, D.F.: La Prensa Mexicana, 1984.

DUNCAN, B. B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*, London, v. 6, n. 156, dezembro 2000, p. 1-13.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, 2006, p. 1649-1659.

[5] "um sistema de representação de interesses onde as unidades constituintes são organizadas num número limitado de categorias singulares, compulsórias, não competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, que são reconhecidas ou licenciadas (se não criadas) pelo Estado e às quais é assegurado um monopólio representacional dentro de suas respectivas categorias" (p. 93).

HOLLANDA, Eliane et all. Satisfação dos usuários em três unidades de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz – Relatório Técnico Final. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

LEE, J. H. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care*, England, v. 21, n.2, 2000, p.103-11.

MONTESQUIEAU, Charles Louisde Secondat. *Do espírito das Leis.* Coleção Os Pensadores. São Paulo, 2o. ed., 1979.

MOREIRA, Marcelo Rasga; SCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 795-805, 2009.

MORGAN, L. N., 2001 Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning,* 16:221-230.

PASARÍN, M. I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria*, Spain, v. 39, n. 8, 2007, p. 395-401.

PAULA, A. P. Paes. *Por uma nova gestão pública.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005

SCHMITTER, Philippe C. Still the century of corporatism. *Review of Politics.* 1974; vol. 36, p. 85-131.

_____, The limits of Horizontal Accountability. In: *The 'self-restraining State: Power and Accountability in New Democracies.* New York, Lynne Rienner Publishers, 1999.

STARFIELD, B. *Primary Care*: concept, evaluation and policy. New York: Oxford UniversityPress, 1992

_____, Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, United

States, v. 105, n. 4, abril 2000, p. 998-1003,

SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. São Paulo em Perspectiva, 18(2): 27-41, 2004.

WILLIAMS, Brian. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, 1994.