

CONTROLE SOCIAL: A PARTICIPAÇÃO DAS CATEGORIAS E ENTIDADES DE CLASSE DE ENFERMAGEM NA COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE EM QUATRO MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR-BAHIA

Clismagna Leal da Silva*
Telma Dantas T. de Oliveira**

Resumo: *Os Conselhos de Saúde são órgãos de caráter permanente, deliberativo, de composição paritária, com representantes dos usuários, do governo, de prestadores de serviços e de profissionais de saúde. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde e na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Para que estes órgãos funcionem adequadamente, devem dispor de algumas condições, entre elas a representatividade, a legitimidade, autonomia, organicidade, permeabilidade, visibilidade e articulação. Os Conselheiros devem estar aptos para assumir tal representatividade, devendo dispor de conhecimentos sobre os instrumentos legais, suas atribuições, legitimidade e das principais dificuldades que sua comunidade enfrenta. Esta pesquisa tem como os objetivos identificar e avaliar a participação dos profissionais da Categoria e as Entidades de Classe de Enfermagem na composição dos Conselhos de Saúde no Estado da Bahia, tomando como amostra o Conselho Estadual da Bahia e os Conselhos Municipais, destacando Salvador e região metropolitana (Camaçari, Simões Filho e Lauro de Freitas), analisando as contribuições das Entidades de Classe e dos profissionais na consolidação das competências e atribuições dos Conselheiros conforme a Resolução nº 333/03.*

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Representatividade; Profissionais da Categoria e Entidades de Classe de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Os Conselhos de Saúde surgem de um contexto em que as políticas de saúde adotadas no país não satisfaziam a crescente demanda, o que resultou em uma insatisfação popular. Segmentos da sociedade começaram a se organizar e debater soluções e mudanças na conjuntura da Saúde Brasileira. Nesse mesmo período, para Pedrosa (1998), o Brasil sofria influência do processo de redemocratização da América Latina e a sociedade sentia a necessidade de resgatar os direitos de cidadania nas relações entre Estado e Sociedade e a participação do cidadão em torno de seus interesses. Segundo Paim (1994a), ao longo dos anos 80 e 90 surgiu o Movimento Sanitário que envolvia trabalhadores, acadêmicos, profissionais de saúde e setores populares, que se organizaram em torno dos efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde então implantado. Essas forças democráticas possibilitaram a construção da proposta da Reforma Sanitária Brasileira, e em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que foram debatidas “as virtualidades contidas nas políticas democráticas e as dificuldades de superar estas virtualidades em que a política de saúde ainda se encontra para construir o SUS”. (PEDROSA, 1998, p.1).

* Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador – UCSal. E-mail: clisls@yahoo.com.br.

** Mestre em Saúde Comunitária, Chefe de Departamento da Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador – UCSal. E-mail: oliveiras21@uol.com.br – Orientadora.

BRASIL (1988) estabeleceu um novo conceito de Saúde e instituiu mecanismos para assegurar a participação da cidadania nos assuntos do Estado, além disso, garantiu o direito à saúde para todos os cidadãos e instituiu o Sistema Único de Saúde, o qual foi organizado baseado nos princípios da Descentralização, Universalização, Integralidade, e Participação Popular, sendo regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº. 8080/90 e Lei 8142/90. A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Já a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros à saúde.

O artigo 1º da Lei 8.142/90 afirma que o SUS constará de duas instâncias colegiadas, as Conferências e os **Conselhos de Saúde**, nos níveis Federal, Estadual e Municipal.

As Conferências de Saúde são fóruns onde se reúnem representantes da sociedade, do governo, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços, para avaliar a situação de saúde e propor medidas para formulação de políticas nos níveis correspondentes. Já os Conselhos são órgãos de caráter permanente, deliberativo, de composição paritária, com representantes dos usuários, do governo, de prestadores de serviços e de profissionais de saúde. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde e na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Nacional de Saúde resolve, conforme a Resolução nº. 333 de 4 de novembro de 2003, aprovar diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Quanto à organização dos Conselhos, torna-os uma instância privilegiada, sendo sua composição baseada no princípio da Paridade. Para que estes órgãos funcionem adequadamente, devem dispor de algumas condições, entre elas **a representatividade**, a legitimidade, autonomia, organicidade, permeabilidade, visibilidade e articulação.

Os Conselheiros devem estar aptos para assumir tal representatividade, devendo dispor de conhecimentos sobre os instrumentos legais, suas atribuições, legitimidade dos Conselhos e as principais dificuldades que sua comunidade enfrenta.

Esta pesquisa busca conhecer a participação dos profissionais da categoria e as entidades de classe de Enfermagem na composição dos Conselhos de Saúde no Estado da Bahia, tomando como amostra quatro municípios da região metropolitana de Salvador (Salvador, Camaçari, Lauro de Freitas e Simões Filho). Os dados serão coletados nas sedes dos Conselhos de Saúde Estadual e Municipais, nas sedes das Entidades de Classe, COREN (Conselho Regional de Enfermagem), ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem), SINDI/SAÚDE (Sindicato dos Trabalhadores da Rede Privada e Estadual de Saúde) e complementados com informações extraídas no sistema de registros da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, sendo descritos e contextualizados conforme as referências pesquisadas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos Históricos das Políticas de Saúde no Brasil

Para Paim, (1994a) a “Era Vargas” (1930-1950), também conhecida como o governo populista, foi marcado por uma política trabalhista com criação de medidas limitantes da autonomia política dos trabalhadores, tais como o controle das organizações sindicais e partidárias, propiciando o desenvolvimento da previdência social através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais (comerciários, bancários, marítimos, ferroviários, etc). O governo de Getúlio Vargas favoreceu os trabalhadores urbanos, formados por categorias organizadas em seus sindicatos, peças fundamentais para o desenvolvimento da economia agroexportadora. A forte ligação entre sindicatos e governo

desencadeou no setor saúde nova base para o avanço do clientelismo e o domínio político dos Institutos por parte do governo, cujas direções e reuniões de representantes de patrões e empregados, eram formadas sob controle estatal. De acordo com o mesmo autor, a década de 50 a 60 foi marcada pelo desenvolvimento econômico e pela crise do governo populista. A estrutura social desencadeada naquela época produzia doenças de massa que estavam entrelaçadas com a pobreza e gerava processos sociais que influenciavam no perfil demográfico e nas condições de saúde da população, sendo a ação estatal incapaz de garantir uma atenção universal e integral à saúde. As camadas sociais com melhor nível de renda utilizavam os serviços médico-hospitalares particulares e a população não-previdenciária tinha acesso restrito aos serviços filantrópicos ou públicos, enquanto “indigentes”.

2.3 A Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde

A situação da saúde no Brasil é resultado de um sistema montado no período da ditadura militar e que atendia aos interesses daqueles que queriam comercializar a saúde, e não as necessidades da população. Neto (1994) também refere que houve um grande crescimento dos serviços médicos privados, sendo mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades, além de todos serem contratados pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Para Paim (1994a) o Golpe Militar de 1964 instituiu um regime autoritário, no qual a população brasileira estava impossibilitada e tolhida do exercício da cidadania e foi subtraída nos seus direitos básicos. A respeito das políticas de saúde, os governos militares privilegiaram os setores privados, comprando serviços e assistência médica.

Para Paim (1996b), a mobilização dos profissionais de saúde e as contribuições acadêmicas das Universidades do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) estimularam o surgimento de um movimento pela democratização da saúde com um caráter crítico e capaz de formular propostas alternativas.

No ano de 1983 o povo vai às ruas em grandes passeatas, para pedir o fim da Ditadura Militar e eleições para presidente, reivindicando políticas sociais que pudessem assegurar o direito de cidadania, o “direito à saúde como dever do Estado”. (BRASIL, 1998).

Para Viana, Fausto e Lima (2003), relatam que década de 80 foi caracterizado como um período de transição de um regime ditatorial para o predomínio de estabilidade democrática, desencadeando o surgimento de práticas sob o domínio da participação popular em serviços de saúde, a respeito dos interesses da sociedade civil e do papel da saúde e das instituições, sejam elas públicas ou privadas, garantindo um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho igualitarista, sustentado pela justiça social.

Para Côrtes (2000) a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, teve a participação marcante dos usuários, possivelmente por ter sido realizada no contexto da democratização política, dos conflitos e negociações que precederam o processo constitucional e de intensa discussão sobre os rumos da Reforma do Sistema de Saúde.

Apesar desses fatos, nessa conjuntura foi promulgada a Constituição Federal de 1988, além de elaboradas as constituições estaduais e as leis orgânicas dos municípios, sancionadas as leis que organizaram o SUS, realizada a IX Conferência Nacional de Saúde e experimentados modelos assistenciais e de organização de serviços, através de distritos sanitários, em diversos municípios brasileiros.(TEIXEIRA & MELO, 1995, apud PAIM, 1996, p.494).

Após o impeachment do Presidente da República, Collor de Melo, para Paim (1996b), no final de 1992 iniciou-se uma fase que permitiu a retomada dos aspectos do Projeto da Reforma Sanitária, o conceito de saúde tem seu sentido ampliado e passa a ser como um direito de

cidadania, um direito social e de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país. A nova Constituição Brasileira formulou, então, o novo conceito de saúde:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.(BRASIL, 1988).

Ao encarar a saúde apenas como a ausência de doenças, desencadeou, em um quadro repleto não só das próprias doenças, como também de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

De acordo com BRASIL (1988), Art.1º Brasil definiu-se como um Estado Democrático de Direito, adotando o princípio básico do Estado de Direito; sendo assim, as leis são o único instrumento hábil para criar, modificar ou extinguir direitos em um Estado Democrático, e só podem ser feitas pelo povo.

Considerando então a definição do Estado Democrático de Direito, foram elaboradas as leis que regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde, conforme ao mandamento constitucional. São elas as leis n° 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.(DALLARI, 1994, p.19).

A Lei 8.080 (1990), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Esta Lei “regula em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”. (BRASIL, 1990, art.1º).

O SUS não pode ser implantado da noite para o dia, pois as mudanças que ele propõe são muitas e complexas, assim como os interesses que ele questiona. Dessa forma, o SUS, como parte da Reforma Sanitária é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação. (NETO, 1994, p.13).

3. OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é a união de todas as ações e serviços de saúde públicos e privados contratados para garantir a todos os cidadãos brasileiros acesso à promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência médica. É rede hierarquizada regionalizada e descentralizada sob o comando único em cada nível de governo, federal, estadual e municipal. Gerido pelo poder público e financiado com recursos da união, estados e municípios, incorpora também o controle social, mediante a participação da população nos Conselhos e Conferências de Saúde em seus diferentes níveis de organização. (RADIS, 2001, p.02).

BRASIL (1988) dispõem sobre as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da mesma, obedecendo aos seguintes princípios:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade;

Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
Participação da comunidade;

Descentralização político – administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

De acordo com Neto (1994), o SUS deve atender a todos sem distinção de cor, raça, classe social, previdenciário ou não, além de atuar de modo integral, visualizando o cliente como um todo, ou seja, suas ações devem estar voltadas para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento respeitando a dignidade humana. Sua organização deve ser racional, de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades de cada comunidade. Portanto o poder de decisão do SUS é descentralizado, ou seja, a decisão é daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois quanto mais próximo do problema, mais chance terá de acertar sobre sua solução.

Para Molesini (1999) a descentralização é um elemento central da proposta de Reforma Sanitária, sendo entendida como um deslocamento de poder do nível central para os níveis locais, o que define a democratização na saúde.

Nesta perspectiva, (PAIM, 1991, p.28 apud MOLESINI, 1999, p.06) argumenta que:

Se a descentralização é entendida para além da descentralização de atividades, recursos e serviços de saúde, isto é, aproximação do processo decisório ao nível onde se realizam as práticas de saúde, ela não pode terminar nos executivos estadual e municipal, nas Assembléias Legislativas e Câmaras de Vereadores. Ela teria que chegar aos cidadãos organizados ou mesmo indivíduo na sua singularidade de “paciente” do serviço público, mesmo que passasse pelas administrações regionais, distritos sanitários, estabelecimentos e serviços de saúde. Defender a descentralização e contentar –se com a gestão confinada nas prefeituras sem fazê-las avançar para os distritos sanitários, unidades de saúde e organizações populares pode ser sério equívoco político e técnico – administrativo.

3.1 A Participação da Comunidade na Gestão do SUS

Quando o momento político do SUS passou a exigir mudanças que representariam a institucionalização daquela vontade expressa, o controle social tornou-se uma prática estratégica, na medida em que procurava garantir o espaço em que os cidadãos pudessem definir aquilo que o Estado deveria fazer. É o momento da definição de como serão instituídos os fóruns onde tais desigualdades pudessem ser expressas em termos de ações, de medidas objetivadoras. O aparato jurídico se estrutura para garantir estes espaços onde a participação da população representada por seus segmentos significa o respaldo ou elemento desencadeante da luta por posições entre os atores que, por astúcia ou sagacidade, visavam assegurar a capacidade de dispor sobre o poder administrativo, segundo os interesses expressos pelos segmentos representados. Portanto, a prática do controle social assinala atualmente que a questão da participação não deve ser pensada somente em termos de assegurar um espaço mínimo de liberdade, mas garantir que as representações sociais que a população elabora a respeito de suas necessidades sejam transformadas em realidade institucional. (Pedrosa, 1998, p. 10).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: **as Conferências de Saúde e os Conselhos.**

3.2 As Conferências de Saúde

BRASIL (1990) dispõem sobre as Conferências, que são Fóruns onde representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros se reúnem para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo. As Conferências são realizadas de quatro em quatro anos, nos níveis estaduais e municipais, e de dois em dois anos no federal. São convocadas pelo Poder Executivo, extraordinariamente, pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis”. Posteriormente os Conselhos de Saúde também são instituídos na Lei 8.142/90, sendo então indispensáveis para a consolidação do SUS.

3.3 Os Conselhos de Saúde

A Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003 resolve aprovar as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

Os Conselhos são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema de Seguridade Social, propiciando seu controle social. (BRASIL, 2003).

Segundo BRASIL (2003), a participação da sociedade organizada torna os Conselhos uma instância privilegiada no tocante à formulação, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação e execução da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. O Conselho é composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária. O número de conselheiros será estabelecido pelo Plenário e, consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

50 % de entidades de usuários (associações de moradores, portadores de patologias, deficiências, de movimentos sociais populares, de entidades de aposentados e pensionistas, movimentos organizados por mulheres, etc.);

25 % de trabalhadores de saúde (trabalhadores da área de saúde, associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classes, da comunidade científica, de hospitais universitários, de campos de estágios e pesquisa e desenvolvimento, etc.);

25 % da representatividade do governo, prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada e ser considerada um possível impedimento da representação do segmento, sendo necessária uma substituição. (BRASIL, 2003).

Quanto à competência dos Conselhos:

Elaborar o regimento interno do Conselho e outras normas de funcionamento; atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos; fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente; apoiar e promover a educação para o controle social, sendo que deverão ser difundidos os fundamentos da saúde, epidemiologia, organização do SUS, funcionamento dos serviços, competências dos Conselhos, suas políticas, orçamento e financiamento.(BRASIL, 2003).

De acordo com PEDROSA (1998), a consolidação da Política do SUS leva-nos a dois caminhos distintos: as virtualidades contidas nas políticas democráticas que podem servir de âncora para a construção de uma nova sociedade, e as dificuldades de superar esta situação de virtualidade em que a política de saúde ainda se encontra para construir um SUS, cujas ações sejam reconhecidas no cotidiano das pessoas. Estas virtualidades somente ganham um sentido e passam a serem visualizadas quando se articulam com os movimentos sociais que reivindicam Saúde como um direito de cidadania, indicando que a política de saúde somente poderia ser realizada sob Controle Social. Sob esta perspectiva, entende-se Controle social no SUS como uma estratégia para a constituição de sujeitos sociais construtores da cidadania.

De acordo com a Terceira Diretriz de BRASIL (2003), a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde, podendo ser contempladas as seguintes representações:

Trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe (SINDI-SAÚDE, SINDICATOS, COREN, COFEN, ABEN, etc);

De governo;

Movimentos organizados de mulheres, em saúde;

Da comunidade científica;

De entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento.

Entidades prestadoras de serviços de saúde, etc.

Para Barros (1994), as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são instâncias em que a população tem a oportunidade de discutir os principais problemas de saúde da comunidade. Portanto os Conselhos devem estar permanentemente informados sobre quais os problemas de saúde da comunidade e o que precisa ser feito, além de fiscalizar as ações do governo sobre os recursos disponíveis para a área de saúde, onde e como estão sendo aplicados.

A representação dos usuários nos Conselhos deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (governo, prestadores privados e profissionais de saúde); segundo a Radis (2001), os usuários são representados por entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, movimentos comunitários organizados na área de saúde, conselhos comunitários e associações de moradores, entre outras.

Na Radis (2001), o controle social é abordado como um dos fatores mais importantes para que a implantação do SUS alcance o sucesso almejado. “A organização de um Conselho tem que estar mediada pela percepção que a sociedade civil tem sobre este conselho e o papel do Estado”.(Jr. et al. 2004).

De acordo com Oliveira et al (1999), em seu estudo há uma indicação da dificuldade de comunicação e de avanços no âmbito dos Conselhos, já que, de modo geral, os usuários têm acesso a informações e conhecimento sobre a situação de saúde da comunidade, suas atribuições

em quanto representantes do Conselho, através do processo de capacitação, que nesse sentido pode funcionar como equalizador das desigualdades educacionais existentes entre os membros dos Conselhos. Porém, de acordo com essa pesquisa, a hipótese é de que os representantes do governo, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços têm uma maior capacidade de vocalização de suas propostas e demandas, desencadeando no Conselho relações de poder mediadas pelo acesso ao conhecimento.

4. METODOLOGIA

Este estudo será desenvolvido com base em uma pesquisa quanti-qualitativa de caráter descritivo, por ser o método que melhor se adapta às condições e aos objetivos propostos. Segundo Gil (1999), pesquisas deste tipo objetivam a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. É entendida como aquela que procura “medir” tanto opiniões, atitudes e preferências, como comportamentos. As questões devem ser diretas e facilmente quantificáveis e a amostra deve ser grande o suficiente para possibilitar uma análise estatística confiável.

Para Neves (1996) essa forma de abordagem é obtida através de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. O pesquisador deverá entender os fenômenos segundo as perspectivas dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situe a interpretação dos fenômenos do estudo.

Serão incluídos na pesquisa os Conselhos de Saúde pertencentes à grande área Metropolitana, Salvador, Lauro de Freitas, Camaçari, Simões Filho e serão excluídos todos os Conselhos que não fazem parte destes municípios, sendo o principal critério de inclusão o fato da proximidade desses municípios, o que possivelmente facilitará o acesso da autora para a busca dos dados “*in locum*”.

5. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Os dados serão coletados nas sedes dos Conselhos de Saúde dos municípios selecionados e complementados com dados extraídos do Sistema de Informação do Conselho Estadual de Saúde na Bahia, e nas sedes das Entidades de classe, COREN, ABEN, SINDI/SAÚDE e os Sindicatos, onde se busca a informação relativa à participação dos dirigentes desses órgãos nos Conselhos de Saúde.

Também serão identificadas e priorizadas algumas categorias de análise, conforme os objetivos do estudo e o conteúdo dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, estabelecendo como categorias de análises os seguintes elementos: participação das categorias de Enfermagem; composição dos Conselhos; representatividade dos profissionais e entidades de classe e sua contribuição. Os dados serão analisados de forma descritiva e contextual com base no referencial levantado, sendo classificados em categorias de análise para o universo de informações qualitativas, e serão apresentados em gráficos e tabelas no programa Excel.

6. REFERÊNCIAS

BARROS, Elisabeth. **Política de Saúde no Brasil: a Universalização Tardia como Possibilidade de Construção do Novo.** Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva), vol.nº 1, p.8.1996.

BRASIL. Resolução n ° 333 de 04 de novembro de 2003. Conselho Nacional de Saúde. Resolve aprovar as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em 23 fev.2006.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Seção II da Saúde. Brasília: Centro Gráfico do Senado, 1988.p.292.

_____, **Lei 8080, 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília. DF. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 23 fev.2006.

_____, **Lei 8142, de 24 de dezembro de 1990**. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/centrdeestudos/bibliotecavirtual/dlh/volume%20/saudelei8142>>. Acesso em 23 fev.2006.

CORTÊZ, S.M.V. Balanço de experiências de Controle Social, para além dos Conselhos e Conferências no Sistema de Saúde brasileiro: Construindo a possibilidade da participação dos usuários. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O papel do Município no desenvolvimento de Políticas de Saúde**. Revista de Saúde Pública, 25 (5), p.401 a 405, 1991.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas. 1999.

MERHY, E. Emerson, & QUEIROZ, M.S. **Saúde Pública, Rede básica e o Sistema de Saúde Brasileiro**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (2)., p.177 a 184, abr/jun,1993.

MOLESINI, J.A.. O.Municipalização da Saúde na Bahia: Estudo exploratório da implementação da NOB 01/93.Dissertação de Mestrado.p.18 a 28.1999.

NÉDER, Carlos. **Atribuição dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros**: visando a municipalização dos serviços de saúde. Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde. Ministério da Saúde. Projeto Nordeste.Informação, Educação e Comunicação, IEC, Brasília, p.8 a 28.1994.

NETO. Rodriguez Eleutério. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, sua dificuldade e suas perspectivas. Incentivo a participação popular e controle social no SUS.Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde.Ministério da Saúde.Projeto Nordeste.Informação, Educação e Comunicação, IEC, Brasília, p.8 a 28.1994.

NEVES, José Luís. Mestrando do curso de Pós Graduação em Administração de Empresas. FEA - USP. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v.1, n° 3, 2° sem./1996.

PAIM, Jairnilson Silva. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República. **Saúde Coletiva. Textos Didáticos CED** (Centro Editorial Didático). Salvador. p.47 a 80, 1994a.

PAIM, J.S. et al SILVA. L.M.V. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.** Textos Didáticos. CED (Centro Editorial Didático). Salvador. p.61 a 81, 1996b.

PEDROSA José Ivo dos Santos. Controle Social no SUS: Os Conselhos de Saúde e a Eficácia Política. In: **ENCONTRO ESTADUAL DE CONSELHEIROS DE SAÚDE**, [s.n]; 1998, Salvador. p.01-12.

RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde). Rio de Janeiro. FIOCRUZ, n.81, jul. 2001. 02 - 07 p.

TEIXEIRA, C.F. **Políticas de Saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos.** Saúde em Debate, nº 35, CEBES na IX CNS, julho, 1992.

VIANA, A.L.D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L.D. **Política de Saúde e Equidade.** Perspectiva. v.17. n.1. São Paulo. p.58 - 68. 2003.