



## ESTRUTURAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA BAHIA PARA O CONTROLE SOCIAL: UM ESTUDO DE LINHA DE BASE

*Isabela da Silva Dantas<sup>1</sup>*

*Silvone Santa Bárbara da Silva Santos<sup>2</sup>*

*Luciano Marques dos Santos<sup>3</sup>*

*Evanilda Souza de Santana Carvalho<sup>4</sup>*

*Edna Maria de Araújo<sup>5</sup>*

*Vanêssa Silva Gama<sup>6</sup>*

*Natália Pereira Costa Santos<sup>7</sup>*

**Resumo:** Pesquisa avaliativa, abordagem quantitativa, com dados secundários. Seleccionados 35 municípios da Bahia, estratificados por macrorregião segundo Plano Diretor de Regionalização. A pesquisa mostrou que 68,6% dos municípios respeitam a paridade em relação aos representantes dos usuários; 5,7% dos municípios respeitam a representação de trabalhadores. Em relação à presidência dos conselhos apenas em 20% foram realizadas eleição em reunião

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Participou do PET-Saúde/Vigilância em Saúde na qualidade de bolsista e como voluntária do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) e do PET- Saúde da Família.

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1984), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (2006), doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (2010) com estágio sanduich na Université Laval Québec Canadá. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>3</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Professor Auxiliar do Curso Graduação em Enfermagem da UEFS. Pesquisador do Núcleo Interdisciplinar de Estudos das Desigualdades Sociais em Saúde (NUDES-UEFS).

<sup>4</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1990) Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (2005). Doutora em Enfermagem pela UFBA (2010) com Doutorado Sanduich no Departamento de Sociologia IV da Universidad Complutense de Madrid (2009-2010). Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>5</sup> Enfermeira, doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2007). Estágio sanduiche (2006) e pós doutorado (2013) na Public Health School of the University of North Carolina at Chapel Hill - EUA (UNC) com Bolsa de estudos financiada pela CAPES. Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS. Líder de grupo de pesquisa e coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades Sociais em Saúde (NUDES).

<sup>6</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Participa na qualidade de bolsista do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES).

<sup>7</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Participa na qualidade de bolsista do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES).



plenária para escolha do presidente. Os presidentes representantes da secretaria de saúde totalizaram 31,4%. Tiveram destaque os representantes das secretarias municipais de saúde (91,4%) e os órgãos ligados ao setor de educação (45,7%). Quanto aos prestadores de serviço predominou os representantes de serviços privados e conveniados (60%) em detrimento do serviço público (40%). Embora exista um número significativo de organizações negras no estado, apenas 2,9% dos municípios possuem representantes de entidades negras. Conclui-se que os Conselhos Municipais de Saúde são canais importantes para a participação popular, muito embora funcionem muito mais para validar as deliberações do poder executivo.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Política de Saúde; Avaliação em saúde.

### **STRUCTURATION OF MUNICIPAL HEALTH COUNCILS IN BAHIA FOR SOCIAL CONTROL: A BASELINE STUDY**

**Abstract:** Evaluative research, quantitative approach, using secondary data. Selected 35 municipalities in Bahia, stratified by macro-region according to the Director Plan of Regionalization. The survey showed that 68.6% of the municipalities respect the parity in relation to users' representatives; 5.7% of the municipalities respect the workers' representation. Regarding the presidency of the councils, only 20% realized election in plenary meeting to choose the president. The presidents representatives of health department totaled 31.4%. Have had highlighted the representatives of local health departments (91.4%) and agencies related to the education sector (45.7%). As for service, providers predominated the representatives of private services and contracted (60%) in detriment of public service (40%). The Municipal Health Councils are important channels for popular participation, although it works much more to validate the decisions of the executive.

**Keywords:** Public Health; Health Policy; Health evaluation.

### **POUR CONTÔLE SOCIAL: UNE ÉTUDE DE BASE**

**Résumé:** La recherche évaluative, approche quantitative, en utilisant des données secondaires. Sélectionnés 35 municipalités de Bahia, stratifiées par macro-région deuxième Plan directeur pour la régionalisation. L'enquête a montré que 68,6% des communes respectent la parité contre les représentants des utilisateurs; 5,7% des municipalités respecter la représentation des travailleurs. En ce qui concerne la présidence des conseils seulement 20% ont eu lieu l'élection en séance plénière pour choisir le président. Les représentants du ministère de la santé présidents ont totalisé 31,4%. Ils avaient d'éminents représentants de départements locaux de la santé (91,4%) et les organismes liés au secteur de l'éducation (45,7%). Quant aux fournisseurs de services prédominé représentants des services privés et sous contrat (60%) au détriment du service public (40%). Les conseils de santé municipaux sont des canaux importants de la participation populaire, bien que beaucoup plus de travail pour valider les décisions de l'exécutif.

**Mots-clés:** la santé publique; les politiques de santé; l'évaluation de la santé.

### **ESTRUCTURACIÓN DE LOS CONSEJOS MUNICIPALES DE SALUD EN BAHIA PARA EL CONTRÓL SOCIAL: UN ESTUDIO DE LÍNEA DE BASE**

**Resumen:** Pesquisa evaluativa, abordaje cuantitativa, con datos secundarios. Seleccionados 35 ciudades bahianas, estratificados por macro región según Plan de Director de Regionalización. La pesquisa enseñó que 68,6% de las ciudades respetan la paridad en relación a los representantes de usuarios; 5,7% de las ciudades respetan la representación de trabajadores. En relación a la presidencia de los consejos apenas en 20% fueron realizadas elecciones en cita para



la elección del presidente. Los presidentes representantes de la secretaria de salud totalizaron 31,4%. Tuvieron destaque los representantes de las secretarías municipales de salud (91,4%) y los órganos ligados al sector de educación (45,7%). Cuanto a los prestadores de servicios predominó los representantes de servicios privados y de convenios (60%) en detrimento del servicio público (40%). Los Consejos Municipales de Salud son canales importantes para la participación popular, aunque funcionen mucho más para validar las deliberaciones del poder ejecutivo.

**Palabras-clave:** Salud Pública; Política de Salud; Evaluación en Salud.

## INTRODUÇÃO

A participação popular no campo da saúde pública se faz de extrema importância devido ao fato, de só ser possível avançar na qualidade dos serviços e ações de saúde com a participação efetiva da população, pois esta é capaz de apontar os problemas que lhes afligem e propor soluções relativas às suas reais necessidades (Andrade e Vaitsmam, 2002).

O controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Essa temática tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 80, sendo a área de saúde pioneira nesse processo devido à organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura, para construir um sistema de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (Correia, 2011).

Considerando a importância da participação social no Sistema Único de Saúde, o controle social representou um dos eixos de debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. E, através da Constituição de 1988 e a Lei n.º 8.142/90, ocorreu a institucionalização dos mecanismos de participação social, representando um marco legal da luta pela democratização dos serviços de saúde com a criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e as Conferências de Saúde (Brasil, 1990).

Os Conselhos de Saúde criados nas esferas federal, estadual e municipal da administração pública, tem caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado, caracterizado pela paridade de sua composição, ou seja, 50% dos representantes são usuários e os demais 50% dividem-se entre os outros segmentos, como representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde, sendo seu presidente eleito entre os membros do Conselho. A existência de conselhos organizados segundo as determinações legais é um dos requisitos, para as secretarias



estaduais e municipais se habilitarem a receber recursos financeiros federais (Brasil, 2003).

Desta forma, o sistema de saúde brasileiro tem avançado com relação à descentralização de poder e a democratização das políticas públicas, reconhecendo o município como um espaço autônomo da federação, transferindo novas responsabilidades e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade nas decisões políticas. Os CMS são instâncias públicas de formação de opinião e vontade política, muito mais do que instrumentos do governo ou da sociedade (Assis; Villa, 2003).

Entende-se que a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório (Moreira; Escorel, 2009).

Na Bahia, por causa de sua herança histórica de clientelismo, o exercício do controle social encontra diversos limites o que representa um grande desafio. Apesar da importância dos CMS, o seu funcionamento é limitado, dado que falta transparência na apresentação de informações por parte dos gestores e pouco acesso a estas; manipulação dos dados epidemiológicos; interferência política na escolha dos conselheiros; fragilidade política das entidades representadas; desconhecimento dos conselheiros sobre seu papel e sobre o contexto de saúde no qual está inserido, corporativismo de cada conselheiro, além da falta de efetivação das políticas direcionadas à educação permanente para o exercício do controle social. (Correia; Santos, 2010).

Apesar de alguns avanços decorrentes da participação popular na formulação e deliberação das políticas públicas, a democracia está longe de ser alcançada. Embora os conselhos de saúde constituam uma inovação política institucional e cultural na consolidação do SUS, especialmente para se compreender a natureza das dificuldades enfrentadas, a construção de uma participação social mais ampla na tomada de decisão sobre os diversos aspectos da vida pública, ainda esbarra na exclusão e marginalização de um substantivo contingente da população. No Brasil, apesar do avanço legal para a fundamentação dos direitos sociais, observa-se a negação desses direitos para a maioria da população (Martins et al., 2008).

Cabe destacar que para a efetividade de uma política pública de saúde é necessário uma atuação eficaz dos CMS. Nesse sentido, podemos citar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que tem como objetivo promover a



equidade em saúde da população negra, priorizando o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS. Como se trata de uma política que diz respeito à maioria da população brasileira e que é transversal ao SUS é esperado que esteja garantida nos CMS representação dos movimentos sociais negros.

Assim, este estudo tem como questões norteadoras: Como estão estruturados os Conselhos Municipais de Saúde em municípios da Bahia? Qual a representatividade de entidades negras nos Conselhos Municipais de Saúde em municípios da Bahia? Quais são as propostas de controle social definidas nos Conselhos municipais de saúde em municípios da Bahia?

Tais questões remetem ao objetivo geral: avaliar a composição dos Conselhos de Saúde de municípios da Bahia. E como objetivos específicos: identificar representatividade de entidades negras nos Conselhos Municipais de Saúde em municípios da Bahia; analisar as propostas de controle social apresentadas por esses conselhos.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, através da linha de base avaliativa com a utilização de dados secundários.

A amostra foi do tipo não probabilística e intencional. Para construção da linha de base avaliativa, o lócus do estudo foram os municípios do estado da Bahia, estratificados por macrorregião segundo Plano Diretor de Regionalização (PDR) que estabelece nove macrorregiões que são: Centro-Leste, Centro Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul.

Foram selecionados 35 municípios obedecendo-se o seguinte critério de inclusão: municípios acima de 50.000 habitantes e habilitados na gestão plena do sistema municipal. Aqueles municípios com população inferior a 50.000 habitantes e não habilitados na gestão plena do sistema municipal foram excluídos do estudo, totalizando assim 35 municípios.

A coleta de dados secundários foi realizada no sitio institucional da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), <http://www.saude.ba.gov.br/>, no mês de julho de 2012, utilizando-se o Plano Diretor de Regionalização, no qual foram coletados dados referentes à população, macrorregião a que pertence os municípios, existência de CMS, data do último decreto do CMS, presidência no CMS, composição e propostas.



Os dados coletados foram processados no Microsoft Excel posteriormente, descritos, analisados e apresentados em formas de gráficos e tabelas. A análise dos dados foi realizada utilizando-se a estatística descritiva, através do cálculo de frequência simples.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Constituição Federal promulgada em 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Por seu turno, as Leis 8.080 e 8.142, que organizam o funcionamento do Sistema Único de Saúde, são os principais exemplos de publicização do Estado, por institucionalizarem a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas sociais. Dentre os mecanismos para essa legitimação destacam-se os Conselhos de Saúde que, criados nos 5.564 municípios brasileiros, representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país (Moreira; Escorel, 2009).

Respeitando uma tendência nacional de CMS criados no período de 1991-1997 apresentada numa pesquisa sobre os conselhos municipais de saúde do Brasil realizada por Moreira e Escorel, 2009 a partir de dados do ParticipaNetSus, dos 35 municípios selecionados para o presente estudo, 80,1% apresentam conselhos municipais de saúde criados no período de 1991-1997 como mostra a Tabela 1.

Segundo Moreira e Escorel, 2009 estes anos foram marcados pelo impacto inicial das normativas que criam e tornam os CMS obrigatórios, tornando-se um requisito, segundo a Lei nº 8142, para que os municípios recebessem os recursos de forma regular e automática. Muitos dos Conselhos foram criados apenas para cumprir o requisito legal sendo manipulados desde a sua composição, com a ingerência política dos gestores, até a sua atuação, reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos (Correia, 2010). Além da grande quantidade de localidades que se tornaram municípios, o que explica, também, o fato de, ao longo dos anos seguintes, continuarem sendo criados CMS.

Analisando a composição dos CMS do estudo, foi possível observar, que 68,6% dos municípios respeitam a composição em relação à porcentagem dos representantes dos usuários. Dos que não respeitam 11,4% tem uma porcentagem de representação dos usuários menor que 50%.



O Conselho Nacional de Saúde recomenda que as vagas sejam distribuídas da seguinte maneira: 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados. Os conselheiros representantes dos usuários devem ser indicados pelas entidades ou movimentos a que pertencem, mediante ampla discussão interna ou com outras entidades e movimentos afins quando há concorrência para ocupação das vagas, geralmente estas são definidas em Plenárias Populares (Brasil, 2001, p. 83).

Segundo Coelho, 2007 a existência de mecanismos formais que asseguram o direito da sociedade civil a participar da definição das políticas sociais não são suficientes para efetivar essa participação. A presença de uma sociedade civil organizada e/ou de autoridades políticas comprometidas com a democracia participativa pode mudar essa situação.

A formação paritária permite que a população, com sua diversidade de interesses seja representada, e possa participar da formulação implementação e supervisão das políticas públicas tornando estas mais responsivas às suas necessidades. Muito embora não seja objeto de discussão neste trabalho, a constituição dos Conselhos Municipais de Saúde nos municípios brasileiros funciona muito mais para validar as deliberações do executivo municipal, do que para promover o efetivo exercício do controle social (Santos, 2010), dado que as representações são na maioria indicações do gestor máximo do município.

Apenas 5,7% dos municípios, concentrados na Macrorregião Leste, respeitam a distribuição de prestadores/governo (25%) e trabalhadores (25%). A categoria de trabalhadores tem uma representação menor (65,7% dos municípios) do que o preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 20% dos municípios essa categoria não é representada, como observado na Tabela 2.

Os CMS foram incorporados à Constituição Federal para efetivar a participação da sociedade civil pública permitindo o exercício de uma cidadania ativa, assim como, para possibilitar inovação na gestão, incorporando a comunidade na identificação e priorização dos problemas para implementação e fiscalização de políticas públicas destinadas a solucioná-los (Gerschman, 2004).

Para alcançar esses objetivos, os Conselhos devem garantir a representação paritária dos membros. O não respeito à paridade da representação popular e das demais entidades representativas vai contra a democratização desse espaço uma vez que o seu não cumprimento diminui o poder decisório de seus membros que conseqüentemente não terão garantidos seus interesses e das entidades que representam garantidos,



permitindo ainda que haja sobreposição dos interesses daqueles que são maioria, como os municípios que apresentam pouca ou nenhuma representação dos trabalhadores de saúde em relação ao governo/prestadores de serviço e daqueles que a representação popular é menor que 50.

Pela Resolução Nº333/2003, o presidente do CMS deve ser eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária (Brasil, 2003 b). Segundo Vieira e Calvo, 2011, a eleição para coordenação permite a democracia do exercício do controle pertinente à coordenação e representa um indicador que traduz a dimensão Autonomia dos CMS, referente ao grau de independência deste em relação ao executivo.

Na análise dos ocupantes da presidência dos CMS do estudo, apenas 20% foram eleitos entre os membros por votação em reunião plenária respeitando a Resolução Nº333/2003. Os presidentes representantes da própria secretaria de saúde totalizaram 31,4%.

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que representam o poder executivo, além de serem os únicos atores cujas prerrogativas e obrigações legais exigem a participação em todas as etapas do processo decisório, são também responsáveis por proverem condições adequadas ao funcionamento dos CMS, principalmente infraestrutura, recursos humanos e financeiros, o que indica uma concentração de poder (Moreira e Escorel 2009, p.799).

Diante do exposto a grande porcentagem de representantes da SMS exercendo a presidência compromete a dimensão Autonomia dos Conselhos, uma vez que estes em detrimento do poder executivo podem concentrar e controlar o poder de agenda, a pauta de discussão e, portanto, o rumo das reuniões e decisões além de não condizer com o princípio democrático que este espaço defende. (Moreira; Escorel, 2009).

Além das prerrogativas previstas na lei outras condições são necessárias para o funcionamento adequado dos Conselhos, como por exemplo, a representatividade assegurada quando os conselheiros atuam como interlocutor de suas bases, não se distancia da entidade ou do movimento que representa e não se limita à defesa dos interesses específicos dessa entidade ou movimento. Por sua vez, a legitimidade, baseada no respaldo político da sociedade, é o mérito que o conselheiro ou sua decisão recebem quando verdadeiramente representam as idéias de um grupo ou de toda a sociedade (Brasil, 2001).





Segundo a Resolução Nº 333/2003 (Brasil, 2003 b) 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 CMS:

Assegurando as especificidades locais, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações: a) de associações de portadores de patologias; b) de associações de portadores de deficiências; c) de entidades indígenas; d) de movimentos sociais e populares organizados; e) movimentos organizados de mulheres, em saúde; f) de entidades de aposentados e pensionistas; g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; h) de entidades de defesa do consumidor; i) de organizações de moradores. j) de entidades ambientalistas; k) de organizações religiosas (Brasil, 2003b, p. 3).

Fazendo uma avaliação da composição do CMS, observa-se segundo a Tabela 3 que em relação aos usuários, estão presentes outras entidades além das citadas na Resolução, de acordo as características de cada localidade, porém as mais predominantes foram: sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, associação de moradores/comunitária, organizações religiosas e associações beneficentes e pastorais, estando as duas primeiras presentes em todas as macrorregiões.

Os sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais são as entidades de maior representação nos CMS dos municípios do estudo com 77,1%, podendo garantir que no campo do controle social haja maiores possibilidades para implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Em relação à representação das associações de moradores/comunitárias:

As Associações de Moradores estão recebendo instrumentos de interferência política direta, ganhando “status” na cena pública, deixando de ser apenas um movimento reivindicatório local e de luta e acrescentando uma relação de proximidade com a instituição pública com direitos e deveres. Tal situação tem duplo sentido, pois as ações das Associações de Moradores nas comunidades podem convergir aos anseios do poder público ou se divergir com as condições políticas instáveis da conjuntura local, com as reivindicações das comunidades e com isso exercer certa influência nas formulações de políticas sociais, assim como na avaliação e na proposição (Nascimento, 2005, p.4).

Embora o Estado Brasileiro tenha se tornado laico com a Constituição de 1981, ainda é clara a influência da religião na sociedade e sua importância como formadora de opiniões e representação de interesses, como revelado pela alta porcentagem de representantes de organizações religiosas cristãs e protestantes com 51,1%.



Os representantes do governo variam entre as esferas federais, estaduais e municipais, tendo destaque os representantes das SMS com 91,4%, presentes em todas as macrorregiões, como mostra a Tabela 4. Nesse aspecto, poderá contribuir com a regionalização e conseqüente efetivação do princípio de descentralização do SUS, que assume no sistema um papel de eixo estruturante, posto que convida três governos federal, União, Estados e Municípios a articularem-se, cooperarem entre si e zelarem pela qualidade, garantia do acesso, resolubilidade e integralidade das ações e serviços de saúde (Beltrammi, 2008).

Em segundo lugar de representação do governo, estão os órgãos ligados ao setor de educação correspondendo a 45,7%. Ainda que discretamente, observa-se uma busca pela intersetorialidade na medida em que o setor de educação pode influenciar positivamente na definição das políticas públicas de saúde no município. Por outro lado, chama atenção que nenhum outro setor governamental participa como membro do CMS, sendo que historicamente o setor de educação faz parte dessa composição. Assim, ainda existe um longo caminho a percorrer na construção da intersetorialidade nos CMS Brasil, e em particular na Bahia.

Se compreendido o processo saúde/doença em toda a sua complexidade, com seus nexos causais diversos e na sua determinação social, com indivíduos e populações apresentando riscos desiguais de adoecer e morrer, se compreende também que a modificação do mesmo exige ações e intervenções do setor saúde e aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas. Esta visão rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui num outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersetorialidade e construindo efetivamente políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população (Dias, 2003, p.1).

O setor privado deve participar do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda população. A Constituição define no Artigo 199 que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e no parágrafo 1º: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Com relação à representação dos prestadores de serviço observa-se um predomínio de representantes de serviços privados e/ou conveniados em 60% dos



municípios em detrimento do serviço público que conta com 40%, seguido das entidades filantrópicas 34,3%. Esse elevado percentual de participação de prestadores não estatais leva a refletir sobre o real interesse dessas instituições nos espaços deliberativos de controle social, pois apesar de serem conveniadas ao SUS não mudam o caráter eminentemente lucrativo desses prestadores, que na atual conjuntura econômica encontram no SUS um suporte e segurança financeira.

Além disso, a elevada participação de instituições privadas em detrimento do setor público e filantrópico pode refletir a prioridade de participação no SUS municipal dos prestadores privados e/ou conveniados, que encontra-se na contramão da Constituição, ou seja, preferência de entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos e em última instância quando as unidades públicas não são suficientes para atender as demandas da população.

Somado a isso, os prestadores privados têm muito mais a ganhar com um SUS desestruturado e que não atenda as reais necessidades da população, para se transformarem em principais protagonistas na assistência à saúde da população. Assim surgem várias reflexões: Por que esse percentual elevado de prestadores privados nos CMS? Quais os interesses que esses representantes estão defendendo? Será que defendem o interesse de uma população que é maioria na Bahia, mais pobre e que não podem pagar para obter acesso aos serviços de saúde? Será que é possível com essa representação, colocar em pauta as necessidades de efetivação da PNSIPN?

Segundo a Resolução Nº 333/2003 a representação dos trabalhadores de saúde pode ser através de: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe. Segundo a Tabela 5, os trabalhadores de saúde representam 60% dos representantes dessa categoria, seguidos pelos órgãos de classes. Não há representação de sindicatos, e uma discreta representação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), categoria tão importante na atenção primária à saúde por representarem o elo entre a comunidade e o serviço, o que pode proporcionar e fortalecer o controle social, a partir do incentivo e capacitação da população.

O Estado da Bahia representa o estado da federação com maior quantidade de negros, correspondendo a 11% do total de negros do Brasil (IBGE, 2010). Apesar da predominância de população negra na Bahia, apenas a capital, Salvador, apresenta um membro do Culto afro-brasileiro como representante de entidade negra no Conselho



Municipal de Saúde, correspondendo a 14,3% de representação de entidades negras na macrorregião Leste e apenas 2,9% dentre os 35 municípios do estudo.

Isso reflete o que bem afirma Gerschman (2004, p. 1673): “Hoje, anos depois e no despontar do novo século, o movimento popular em saúde quase que desapareceu da cena política e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira”. Assim, os movimentos sociais e populares, organizados responsáveis por muitas conquistas sociais principalmente no campo da saúde e na formação de espaços como os Conselhos, contam, neste estudo, com uma representação mínima, notadamente a capital.

Essa baixa representatividade de entidade negras nos CMS certamente que interfere na efetivação da Política Nacional de Saúde da População Negra na Bahia como apresentado na reunião do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, que aconteceu em setembro de 2011, no qual a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde apresentou um balanço da Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos estados e municípios. De acordo com esse relatório, o próprio ministério da Saúde, não incorporou a política, ou seja, a mesma, ainda não saiu do campo das intenções.

[...] as ações em saúde da população negra são ações isoladas e sem continuidade, que não levam em consideração os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, esquecendo também as diretrizes aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde e mais ainda não leva em consideração o Estatuto da Igualdade Racial, que diz que a Política agora é lei. Na reunião identificou-se que a PNSIPN ainda não foi incorporada pelo próprio Ministério da Saúde e que a falta de vontade política no enfrentamento do racismo institucional faz com que as ações não tenham resolutividade e garantam a melhoria da saúde da população negra. O fato importante nessa reunião é que ficou comprovado que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra não foi implementada de fato, e o que existe na realidade são algumas ações que não impactam a saúde da população negra, que ainda continua morrendo por causas evitáveis, ou seja os direitos da população negra em saúde são negados (Marmo, 2011, p.1).

Outro fato que reflete a fragilidade da implantação da PNSIPN e as consequências da baixa representatividade de entidades negras nos CMS refere-se às propostas participação e controle social. Apenas o CMS de Salvador apresenta entre suas propostas uma direcionada para o combate ao racismo: “Sensibilizar, capacitar e comprometer as ouvidorias do município para a apuração e encaminhamento das denúncias de racismo na SMS.” O mesmo município, também apresenta na área de planejamento de saúde de populações estratégicas, como mostra o Quadro 1, várias



propostas direcionadas as especificidades dessa população e que contempla, como apresentado no Quadro 2, objetivos e estratégias de gestão da PNSIPN, o que demonstra que o fato de haver representante dessa população no CMS leva em pauta a discussão das necessidades da população que representa e a implantação da política.

Apesar dos conselhos serem um espaço legitimado e privilegiado no qual a sociedade civil organizada pode controlar as ações do Estado para garantir a efetivação dos seus direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, diversos estudos sobre conselhos de saúde no Brasil, assim como o presente estudo, têm demonstrado que diretrizes essenciais para o exercício concreto do controle social em saúde não são respeitadas integralmente. A literatura identifica que um dos problemas mais frequentes e difíceis de serem solucionados são as questões relativas à composição, a representação e a representatividade dos conselheiros, além do cumprimento da Resolução nº 333/2003, principalmente o princípio da paridade e eleição presidencial. Mesmo com suas fragilidades, os conselhos continuam sendo mecanismos de participação e de luta para manter o SUS, um sistema universal e igualitário, sendo responsabilidade de todos buscarem a concretização do controle social (Cotta et al, 2011).

## CONCLUSÕES

Com o presente estudo foi possível construir uma linha de base avaliativa, a qual poderá subsidiar avaliações futuras sobre a organização dos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia.

Os Conselhos Municipais de Saúde da Bahia avaliados no estudo foram criados em sua maioria no período marcados pelo impacto das normativas que criam e tornam os CMS obrigatórios, tornando-se um requisito para que os municípios recebam os recursos de forma regular e automática. Estes conselhos apresentam alguns problemas relacionados à paridade, embora respeitem em sua maioria, os 50% de representantes dos usuários, em relação aos outros 50% observa-se que apenas dois municípios localizados na Macrorregião Leste respeitam os 25% de representação de trabalhadores de saúde, e em outros sete municípios, distribuídos nas Macrorregiões: Centro-Leste, Extremo-Sul, Oeste e Sudoeste este segmento não apresenta representação. Nesses municípios a representação do governo e prestadores de serviço é maior, principalmente servidores privados que representam maioria nas Macrorregiões: Centro-Leste,



Extremo-Sul, Nordeste e Norte, o que pode tender para o interesse de grupos integrados as decisões sobre o uso de recursos da saúde.

Além disso, outro problema evidenciado na estrutura refere-se à presidência dos conselhos, que apresenta elevada porcentagem de representantes das secretarias de saúde, sem realização de eleição em reunião plenária como preconiza a Resolução nº 333/2003. No entanto apesar de um menor número, sete municípios distribuídos entre as Macrorregiões: Centro-Leste, Leste, Norte, Oeste e Sul realizam eleição para escolha da presidência dos CMS.

Ressalta-se que as políticas públicas da Bahia sempre foram marcadas pelo clientelismo político-partidário, o que dificulta sobremaneira o avanço de qualquer outra política, tanto na área da saúde, como educação, saneamento, entre outras.

Considera-se que os problemas relacionados à paridade e presidência comprometem o princípio democrático, a autonomia e legitimidade dos conselhos e o consequente enfraquecimento do controle social.

Com todas as dificuldades e desafios enfrentados pelos conselhos, os mesmos ainda são os canais para a participação da população, sendo necessário unir força, mobilizar e capacitar, principalmente os usuários e representantes de entidades negras, os quais vêm sofrendo com falta de acesso aos serviços públicos de saúde e assistência integral, igualitária e de qualidade como evidenciam os indicadores de saúde através dos quais é possível observar as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.

Embora se reconheça a importância do controle social na implantação e implementação das políticas públicas, assim como foi para criação do Sistema Único de Saúde, muitos desafios necessitam ser enfrentados para consolidação das esferas de atuação do controle social, e para que estas deixem de serem instâncias meramente normativas. Para isso a população precisa além de se perceber como protagonista na construção dos SUS, ter conhecimento do direito à saúde e outras condições que assegurem o exercício da cidadania, e assim efetivar o controle social a partir de representações legítimas e qualificadas para defender os interesses de uma maioria da população mais necessitada.



## TABELAS

Tabela 1.

MACRORREGIÃO	MUNICÍPIOS	USUÁRIOS		GOVERNO		PRESTADOR		TRABALHADOR		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CENTRO-LESTE	Araci	6	50	4	33,3	2	16,6	-	-	12	100
	Euclides da Cunha	7	50	4	28,6	2	14,3	1	7,14	14	100
	Feira de Santana	9	50	6	33,3	-	-	3	16,6	18	100
	Ipirá	9	50	5	27,7	2	11,1	2	11,1	18	100
	Itaberaba	6	50	3	25	1	8,3	2	16,6	12	100
	Monte Santo	6	50	5	41,6	1	8,3	-	-	12	100
	Serrinha	6	<b>40</b>	3	20	2	13,3	4	26,6	15	100
CENTRO-NORTE	Irecê	4	50	3	37,5	-	-	1	12,5	8	100
	Jacobina	9	<b>64,3</b>	3	21,4	1	7,14	1	7,14	14	100
EXTREMO SUL	Eunápolis	13	<b>59,1</b>	5	22,7	3	13,6	1	4,5	22	100
	Itamaraju	11	<b>55</b>	6	30	3	15	-	-	20	100
	Porto Seguro	7	<b>46,6</b>	2	13,3	3	20	2	13,3	15	100
	Teixeira de Freitas	6	50	5	41,6	1	8,3	-	-	12	100
LESTE	Camaçari	9	50	3	16,6	2	11,1	4	22,2	18	100
	Candeias	6	50	2	16,6	2	16,6	2	16,6	12	100
	Cruz das Almas	10	50	4	20	5	25	1	5	20	100
	Dias D'Ávila	6	50	2	16,6	1	8,3	3	25	12	100
	Lauro de Freitas	7	<b>46,7</b>	3	20	2	13,3	3	20	15	100
	Salvador	8	50	3	18,8	1	6,25	4	25	16	100
	Santo Antônio de Jesus	10	50	2	10	2	10	6	30	20	100
NORDESTE	Alagoinhas	4	<b>44,4</b>	2	22,2	2	22,2	1	11,1	9	100
	Catu	5	50	2	20	1	20	2	20	10	100
NORTE	Campo Formoso	14	50	6	21,4	2	7,1	6	21,4	28	100
	Juazeiro	10	50	4	20	2	10	4	20	20	100
	Paulo Afonso	6	<b>46,2</b>	4	30,8	2	15,4	1	7,7	13	100
	Senhor do Bonfim	5	50	3	30	1	10	1	10	10	100
OESTE	Barreiras	7	50	4	28,6	2	14,3	1	7,1	14	100
	Bom Jesus da Lapa	5	50	3	30	2	20	-	-	10	100
	Luís Eduardo Magalhães	6	50	2	16,6	-	-	4	33,3	12	100
SUDOESTE	Brumado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
	Guanambi	6	50	4	33,3	2	16,6	-	-	12	100
	Itapetinga	8	50	2	12,5	4	25	2	12,5	16	100
	Vitória da Conquista	13	<b>65</b>	6	30	-	-	1	5	20	100
SUL	Ilhéus	9	50	3	16,6	4	22,2	2	11,1	18	100
	Jequié	8	<b>53,3</b>	6	40	2	13,3	2	13,3	15	100

Fonte: Plano Diretor de regionalização, Bahia, 2008

**Tabela 2. Representantes dos usuários nos CMS, Bahia, 2008.**

Membros do conselho USUÁRIOS	Macro Centro Leste		Macro Centro Norte		Macro Extremo Sul		Macro Leste		Macro Nordeste		Macro Norte		Macro Oeste		Macro Sudoeste		Macro Sul		TOT AL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Associação de moradores/comunidade</b>	4	57,1	2	100	4	100	5	71,4	1	50	3	75	2	66,6	3	75	2	100	26	74,3
<b>Associações beneficentes (Clube de serviços, Rotary Club, Lions Club)</b>	2	28,6	1	50	4	100	3	42,3	1	50	3	75	1	33,3	1	25	-	-	16	42,3
<b>Organizações religiosas</b>	6	85,7	2	100	2	50	4	57,1	-	-	3	75	2	66,6	1	25	-	-	20	52,6
<b>Sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais</b>	7	100	2	100	4	100	3	42,9	1	50	4	100	1	33,3	3	75	2	100	27	70,0
Entidades sociais e culturais	1	14,3	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,1
<b>Pastorais</b>	5	71,4	-	-	2	50	2	28,6	1	50	3	75	1	33,3	1	25	1	50	16	42,3
Associação de portadores de deficiência/patologia	1	14,3	-	-	-	-	3	42,8	-	-	2	50	-	-	1	25	2	100	9	23,1
Associação dos profissionais de saúde	1	14,3	-	-	1	25	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25	-	-	3	7,7
Associações econômicas	3	42,8	-	-	1	25	3	42,8	-	-	2	50	1	33,3	-	-	-	-	10	25,6
Entidades ambientalistas	1	14,3	-	-	1	25	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50	4	10,3
Organizações de pessoas portadoras de necessidades especiais (APAE, pestalozzi)	-	-	1	50	1	25	1	14,3	1	50	1	25	-	-	-	-	-	-	5	12,8
Entidades de aposentados e pensionistas	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	1	25	-	-	1	25	-	-	3	7,7
<b>Movimentos sociais e populares organizados</b>	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,6
<b>Culto afro-brasileiro</b>	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,6
Outros	4	57,1	-	-	3	75	2	28,6	2	100	2	50	2	66,6	3	75	1	50	19	48,7

Fonte: Plano Diretor de regionalização, Bahia, 2008





**Tabela 3 - Representantes do governo nos Conselhos Municipais de Saúde, Bahia, 2008.**

Membros do conselho GOVERNO	Macro Centro Leste		Macro Centro Norte		Macro Extremo Sul		Macro Leste		Macro Nordeste		Macro Norte		Macro Oeste		Macro Sudoeste		Macro Sul		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Secretaria de ação social	2	28,6	-	-	1	25	1	14,3	-	-	-	-	1	33,3	-	-	-	-	5	14,3
SESAB	3	42,8	-	-	1	25	1	14,3	-	-	1	25	-	-	2	50	1	50	9	25,7
<b>Secretárias municipais de saúde</b>	7	100	2	100	2	50	7	100	2	100	4	100	3	100	3	75	2	100	32	<b>91,4</b>
<b>Secretaria municipal de educação e órgãos do setor educação (DIREC)</b>	3	42,8	2	100	1	25	5	71,4	-	-	2	50	2	66,6	1	25	-	-	16	<b>45,7</b>
FUNASA	1	14,3	-	-	2	50	-	-	-	-	2	50	1	33,3	-	-	1	50	7	20
FUNAI	1	14,3	-	-	1	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,7
<b>DIRES</b>	2	28,6	-	-	1	25	1	14,3	2	100	2	50	1	33,3	1	25	1	50	11	<b>31,4</b>
Universidade	1	14,3	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	1	25	1	50	4	11,4
Secretaria municipal de administração e finanças	2	28,6	1	50	2	50	1	14,3	-	-	1	25	-	-	-	-	-	-	7	20
INSS	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-	-	-	2	5,7
EMBASA	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-	1	50	3	8,6
Departamento de meio ambiente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-	1	50	2	5,7
Secretaria municipal de obras, saneamento e infra-estrutura	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	25	1	-	2	50	-	-	4	11,4
Outros	5	71,4	-	-	3	75	1	14,3	-	-	-	-	-	-	1	25	-	-	10	28,6

Fonte: Plano Diretor de regionalização, Bahia, 2008

**Tabela 4 - Representantes dos prestadores nos Conselhos Municipais de Saúde, 2008.**

Membros do conselho PRESTADORES	Macro Centro Leste		Macro Centro Norte		Macro Extremo Sul		Macro Leste		Macro Nordeste		Macro Norte		Macro Oeste		Macro Sudoeste		Macro Sul		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	<b>Serviço privado e/ou conveniado</b>	5	71,4	-	-	3	75	4	57,1	2	100	3	75	1	33,3	2	50	1	50	21
<b>Serviço público</b>	3	42,9	1	50	3	75	3	42,9	-	-	2	50	1	33,3	-	-	1	50	14	<b>40</b>
<b>Filantrópico</b>	2	28,6	-	-	1	25	2	28,6	1	50	2	50	1	33,3	1	25	2	100	12	<b>34,3</b>
Não filantrópico	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50	2	5,7
APAE	-	-	-	-	1	25	2	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	8,6
Não especificado	-	-	-	-	-	-	2	28,6	-	-	-	-	2	66,6	-	-	-	-	4	11,4
Outros	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,9

Fonte: Plano Diretor de regionalização, Bahia, 2008

**Tabela 5. Representantes do governo nos Conselhos Municipais de Saúde, Bahia, 2008.**

Membros do conselho TRABALHADORES	Macro Centro Leste		Macro Centro Norte		Macro Extremo Sul		Macro Leste		Macro Nordeste		Macro Norte		Macro Oeste		Macro Sudoeste		Macro Sul		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	<b>Trabalhadores de saúde</b>	5	71,4	1	50	-	-	5	71,4	2	100	3	75	1	33,3	2	50	2	100	21
Prestadores de serviço de saúde conveniados ou não ao SUS	2	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,7
Profissionais servidores da SMS	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,9
<b>ACS/PACS</b>	1	14,3	-	-	-	-	2	28,6	-	-	2	50	-	-	-	-	-	-	5	<b>14,3</b>
<b>Órgãos de classe</b>	-	-	1	50	1	-	2	28,6	-	-	1	25	1	33,3	1	25	1	50	8	<b>22,9</b>
Categoria de enfermagem	-	-	-	-	-	-	2	28,6	-	-	1	25	-	-	-	-	1	50	4	11,4
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25	-	-	1	2,9

Fonte: Plano Diretor de regionalização, Bahia, 2008



## QUADROS

### Quadro 1. Propostas da Área de Planejamento: saúde de populações estratégicas, Salvador, 2008.

<p>ACÇÕES PARA AS DOENÇAS PREVALENTES NA POPUALÇÃO NEGRA</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Criar programas de atendimento as patologias mais prevalentes na população negra</li><li>• Implementar e dar visibilidade aos programas em relação aos agravos prevalentes na população negra</li><li>• Garantir tratamento adequado/integral para as doenças mais prevalentes na população negra (hipertensão, diabetes, miomas, etc.) na rede municipal e estadual de atenção à saúde</li><li>• Promover campanhas massivas e regulares sobre a doença e os direitos das pessoas com doença falciforme. As veiculações devem incluir a grande mídia e as rádios comunitárias</li><li>• Ampliar as unidades de saúde de referência e incluir a temática em todas, garantindo o atendimento integral das pessoas com doença falciforme</li><li>• Ampliar e destinar recursos para implementar o programa de atenção integral às pessoas com doença falciforme</li><li>• Implementar a vigilância epidemiológica da anemia falciforme junto às unidades de saúde</li><li>• Garantir que o gestor municipal se responsabilize por seus munícipes com doença falciforme, assegurando direitos elementares como: alimentação, saúde, deslocamento para o atendimento assistencial, e ainda no caso de estudantes regularmente matriculados nos estabelecimentos educacionais, garantia de reposição das aulas</li><li>• Fomentar o debate sobre a doença falciforme nos centros de referência de saúde do trabalhador, integrando o cotidiano das pessoas, as preocupações da área de saúde e as comunidades</li><li>• Criar lei específica para o programa de atenção integral às pessoas com doença falciforme incluindo-o no PPA</li><li>• Incluir a anemia falciforme como doença de notificação compulsória</li><li>• Garantir e definir recursos para o acesso da população negra a todos os níveis de atenção à saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.</li></ul>
<p>COMBATE AO RACISMO</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Implementar as ações de combate ao racismo institucional na saúde</li></ul>
<p>VALORIZAÇÃO DA CULTURA E RELIGIÃO DE MATRIZ AFRICANA COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Integrar à rede municipal e estadual os terreiros de candomblé, enquanto espaços de promoção da saúde, incluindo-os na realização de campanhas educativas em primeiros socorros e doenças mais prevalentes na população negra</li><li>• Desenvolver uma estratégia de inclusão dos terreiros de candomblé, enquanto religiões de matriz africana, como espaços complementares de saúde junto ao SUS</li><li>• Concretizar na área de saúde as discussões nos terreiros de candomblé com os profissionais de saúde, possibilitando a visibilidade da importância das religiões de matriz africana no cuidado da saúde garantir o atendimento integral na atenção à saúde da população negra.</li><li>• Utilizar atividades lúdicas de cultura popular e educação para informação sobre as campanhas e a necessidade das comunidades participarem das ações de políticas públicas para a saúde da população negra.</li></ul>
<p>INSERÇÃO DO QUESITO COR/RAÇA EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Implantar nas unidades de saúde ações de referência e atenção à população negra e demais etnias, inserindo o quesito raça/cor em todos os formulários e nos sistemas de informação em saúde</li><li>• Na construção de indicadores de saúde com a variável raça/cor, criar ou seguir a menor divisão territorial como área de expansão demográfico e bairros</li></ul>

Fonte: Plano Diretor de regionalização, Bahia, 2008

**Quadro 2. Objetivos específicos e estratégias de gestão da PNSIPN, Brasil, 2007.**

<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas.</li><li>• Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.</li><li>• Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde.</li><li>• Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde.</li><li>• Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS.</li><li>• Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia.</li><li>• Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar.</li></ul>
<p><b>ESTRATÉGIAS DE GESTÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, qualificação e humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação.</li><li>• Inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.</li><li>• Elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas.</li></ul>

Fonte: PNSIPN, 2007.

**REFERÊNCIAS**

- ANDRADE, Gabriela. R. B.; VAITSMAN, Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002, p. 925-934..
- ASSIS, Marluce Maria Araujo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev. Latino-Am Enf.* Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003 p. 376-82.
- BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. *Plano Diretor de Regionalização*, 2008. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/)>. Acessado em: 12 dez. 2011.
- BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro . Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo, v. 10, n. 41, 2008, . p.159-163.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990.



\_\_\_\_\_. *Lei 8.142/9, de 28 de dezembro de 1990*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acessado em: 8 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Coordenação de projetos de promoção de saúde. O SUS e o Controle Social: guia de referência para conselheiros municipais de saúde*. Brasília, DF, p. 78-84, 2001.

\_\_\_\_\_. *Lei n.º 10.678, de 23 de maio de 2003*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10678.htm>>. Acessado em: 8 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003*. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Imprensa Nacional, Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: MS, 2007a.

COELHO, Vera Schattan. P. A democratização dos Conselhos de saúde: O paradoxo de atrair não aliados. *Novos estud, CEBRAP*. São Paulo, n.78, 2007, p. 77-92.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Controle social*. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acessado em: 9 dez. 2011a.

\_\_\_\_\_. Maria. Valéria. Costa. *Controle social na saúde*. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf)>. Acessado em: 9 dez. 2011b.

COTTA, Rosangela Minardi Mitre; et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, 2011, p.1121-1137.

DIAS, Maria Angélica Salles. Intersetorialidade: um olhar da saúde. *Rev. Eletronic. Mensal da SMSA-PBH*. Belo Horizonte, n. 23, 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/novembro2003/intersetorialidade.html>>. Acessado em: 25 jun. 2012

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.6, 2004, p.1670-1681.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Informações estatísticas*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acessado em: 6 dez. 2011.

MARMO, José. *A realidade sobre a implementação da PNSIPN*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://saudenegra.blogspot.com.br/2011/09/realidade-sobre-implementacao-da-pnsipn.html>> Acessado em 18 jun. 2012.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, 2008, p.105-121.



MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, 2009 p.795-805.

NASCIMENTO, Sueli do. *A participação das associações de moradores na co-gestão da política de saúde de Niterói – RJ: Programa Médico de Família-Niterói/RJ*. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, MA, 2005.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva. *Avaliação da Capacidade de Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia*. 257f. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2010.

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, 2011, p. 2315-2326.

*Recebido em Janeiro de 2015  
Aprovado em Maio de 2015*